FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — N° .....

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE

QUELQUES COMPLICATIONS LOCALES ET ÉLOIGNÉES

ET DE

CERTAINS TROUBLES NERVEUX ET PSYCHIQUES

CONSÉCUTIFS AUX

INTERVENTIONS SUR LA MASTOÏDE

PAR

HALGAND GÉNÉREUX

Né à Nantes, le 10 Avril 1885

Président : M. POZZI, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE
AMÉDÉE LEGRAND
36, Rue Serpente, 36

1914

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD WIDAL
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur POZZI

Professeur de clinique Gynécologique à la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Avant-Propos

Le but que nous nous proposons dans ce travail n'est pas de relater les complications ordinaires qui surviennent après les trépanations et les évidements pétro-mastoïdiens, de nombreux travaux ont déjà été faits sur cette vaste question. Nous voulons étudier uniquement les complications éloignées, c'est-à-dire celles qui surviennent soit chez les trépanés guéris de leur plaie rétro-auriculaire, soit chez les évidés dont la caisse du tympan et l'antre sont épidermisés.

Nous aborderons ensuite l'étude de certaines complications qui ne rentrent pas dans le cadre habituel de la marche vers la guérison de la trépanation et de l'évidement ; nous voulons parler des psychoses et des troubles nerveux post-opératoires.

Avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis de remercier notre maître, le docteur Georges Laurens, non seulement des documents qu'il a bien voulu nous donner pour notre thèse, mais aussi pour les bons conseils que, pendant deux ans, nous avons

recueillis auprès de lui. Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance.

Nous remercions également ses assistants : les Docteurs Cousteau, Brüder et Girard, qui ont bien voulu nous aider de leurs avis éclairés et de leur expérience.

Nous n'oublierons pas, en cette circonstance, le Docteur Sergent qui voulut bien nous accueillir pendant un an dans son service de la Charité, ainsi que nos Maîtres de l'Ecole de médecine et des Hôpitaux de Nantes.

Nous adressons également au Docteur Lemoine, de Nantes, qui fut notre premier maître en laryngologie, notre profonde gratitude pour la sympathie qu'il nous a témoignée et les encouragements qu'il nous a toujours prodigués.

Nous remercions enfin M. le Professeur Pozzi qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Introduction et Généralités

On trépane actuellement la mastoïde pour une suppuration aiguë ou pour une suppuration chronique. Dans le premier cas c'est la trépanation simple, dans le second l'évidement pétro-mastoïdien.

« La trépanation consiste à ouvrir largement l'an-
« tre, les cellules qui en dépendent, puis à diriger
« la cicatrisation de telle sorte qu'elle se fasse de
« la profondeur vers la superficie et amène la sup-
« pression de ces cavités par comblement de tissu
« fibreux. » (Georges Laurens).

En cas de thrombose du sinus, l'opération se complique de l'ouverture de ce dernier et enfin le chirurgien peut être amené à ouvrir un abcès de la fosse cérébrale moyenne ou du cervelet.

La guérison de la trépanation simple se fait normalement en 3 ou 6 semaines, rarement plus.

Cette guérison se caractérise par « une cicatrice
« linéaire cachée en grande partie par le pavillon
« de l'oreille, cicatrice solide, souvent un peu dépri-
« mée par l'occlusion de la perforation tympani-
« que, le retour normal de l'audition et la dispari-
« tion des bourdonnements ». (Georges Laurens).

Certains accidents post-opératoires peuvent en retarder la guérison, la plaie ne bourgeonne pas, elle

est pâle, la débilité du sujet en est la cause, c'est ce qui arrive fréquemment dans les mastoïdites évoluant à la suite de maladies infectieuses.

Il peut se faire des points d'ostéité secondaire dont l'élimination sera nécessaire pour arriver à une guérison définitive. La suppuration de la caisse peut persister, due à une carie du mur de la logette où des osselets de l'ouïe et nécessiter l'évidement total de la caisse et de l'attique.

Ouvrir largement l'antre et la caisse, relier les deux cavités en une seule en faisant sauter une partie de la paroi postérieure du conduit, enlever les osselets, c'est là le but de l'évidement pétro-mastoïdien. De la sorte, suppression de l'oreille moyenne et transformation de la caisse de l'aditus et de l'apophyse en une seule cavité.

Trois conditions sont nécessaires pour obtenir un bon résultat de l'opération. Tout point d'ostéite doit avoir disparu ; il ne doit pas exister d'aspérité ; la cavité doit s'évaser de la profondeur vers la superficie.

La cicatrisation de la tranchée fibreuse peut se faire par un bloc de tissu fibreux qui remplit la cavité mastoïdienne, ou par un revêtement épidermique se moulant exactement sur la cavité osseuse.

N'ayant pas à étudier ici les avantages et inconvénients des différentes méthodes de pansements, qu'il nous suffise de dire, en quelques mots, en quoi elles consistent.

La première en date de ces méthodes qui longtemps a été, sans contredit, la plus rapide et la plus

simple au point de vue de réparation de la plaie a consisté « à tamponner le conduit avec une mèche « pour éviter la sténose et à penser la brêche apo- « physaire comme une trépanation simple » (Georges Laurens).

En 3 ou 4 semaines la cavité opératoire est comblée par un bloc de tissu fibreux, avec parfaite cicatrisation de l'oreille moyenne.

Devant un grand délabrement osseux, devant des masses cholestéomateuses ayant tendance à se reformer et dans les cas de complications cérébrales, on laisse ouvert, d'une façon permanente, l'orifice auriculaire. L'emploi de cette méthode devient exceptionnel, et plutôt que de laisser le malade affligé d'une infirmité disgracieuse et objet de curiosité indiscrète, il faut, dans la suite, par une seconde opération, refermer cet orifice mastoïdien à l'aide d'une autoplastie secondaire.

Dans ce procédé d'épidermisation plus long et plus difficile, la guérison peut être retardée par l'exubérance des bourgeons, la formation de clapiers, la macération de l'épiderme, et c'est une lutte de quelquefois plus de quatre mois que le spécialiste doit entreprendre et dont il ne sort pas toujours vainqueur.

Actuellement, et c'est la méthode la plus courante, on réunit immédiatement l'orifice mastoïdien ; puis on resséque la paroi postérieure du conduit, on surveille ainsi la cicatrisation par ce dernier élargi, l'épidermisation est plus rapide et le malade, au

bout d'un temps relativement court, peut reprendre sa vie normale.

Il arrive qu'après avoir dépassé un délai éloigné, quelquefois de plusieurs années, il survient des complications inattendues du côté de la cavité opératoire. Ce sont ces complications dont nous abordons maintenant l'étude ; nous éliminerons les accidents qui se produisent dès les premières semaines après les opérations telles que les suppurations prolongées, les eczémas aigus, etc...

Dans un premier chapitre nous nous occuperons des complications survenant du côté de la cavité opératoire.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties : dans la première, nous étudierons les modifications de la cicatrice, c'est-à-dire des troubles trophiques, angiomes, phlictènes, puis l'apparition de cholesteatomes secondaires, d'otomycose, les infections d'origine tubaire ; dans la seconde partie, nous envisagerons les modifications de la cavité osseuse, la production d'ostéoplytes d'aspérités osseuses modifiant la cavité opératoire.

Enfin, dans le second chapitre, nous aborderons l'étude des complications anormales, des psychoses et troubles nerveux post-opératoires. A cette fin, nous produirons des observations que notre maître, le docteur Laurens, a bien voulu nous donner, et d'autres observations recueillies par nous dans diverses publications ayant trait aux maladies de l'oreille.

CHAPITRE I

Complications éloignées du côté de la cavité opératoire

PREMIÈRE PARTIE

Modifications du côté de la paroi cicatricielle

On considère comme une règle, en oto-chirurgie, que le malade, après une cure radicale de l'oreille moyenne et après la terminaison de l'épidermisation, est débarrassé pour toujours de son affection d'oreille. La muqueuse, délicate, remplacée par un épiderme plus stable, semble à l'abri d'affections futures.

Il existe, malheureusement, des faits qui vont à l'encontre de ces dires, la cavité opératoire peut être le théâtre de nouveaux processus morbides. Les observations que nous reproduisons ici montrent de quelle nature peuvent être les affections secondaires de la cavité après l'évidement. On a signalé

l'apparition de *chéloïdes* sur la cicatrice opératoire ; c'est là une complication commune à bien des cicatrices ; on en trouve, en effet, de nombreux exemples en chirurgie générale, et on sait le mal qu'on éprouve à se débarrasser de ces tumeurs fibreuses et très vasculaires.

L'apparition d'une *tumeur angiomateuse* développée dans une cavité de l'évidement a été citée par *Junca* (1). Cette observation, résumée plus loin, montre l'existence d'une petite nodosité sanguine sur la paroi postérieure de la cavité épidermisée ; cette tumeur arrondie, animée de battements, pulsatile, s'était développée sur une apophyse fortement vasculaire qui saigna abondamment lors de l'opération. Ponctionnée, elle laissa échapper un liquide séro-sanguinolent ; l'auteur en conclut qu'il s'était formé un réseau vasculaire de cicatrisation très nourri, une sorte d'anévrysme circoïde qui avait grossi lentement.

« Le suintement séro-sanguinolent, ajoute Junca, était dû certainement à la rétention occasionnée dans la profondeur par la pression de la tumeur. »

Moure a rapporté un cas semblable au Congrès de Florence, en 1896. Il signale, en outre, les dangers d'hémorragie. *Politzer* en donne un autre exemple dans un traité des maladies de l'oreille. Il s'agissait d'un angiome caverneux du rocher, développé après

(1) Société d'anatomie-chirurgie de Bordeaux. Journal de médecine de Bordeaux.

évidement, qui, ayant détruit l'oreille, envahit en avant la fosse cérébrale moyenne droite, et en arrière, la fosse postérieure, puis détermina la mort qui survint au milieu de symptômes de suffocation. La tumeur atteignait le volume d'une orange.

Ces tumeurs peuvent être la cause d'erreur de diagnostic. Georges Laurens rapporte un cas où peu s'en fallut qu'une faute de thérapeutique fût commise.

Il s'agit d'une phyctène hémorragique siégeant sur la paroi postérieure de la brèche mastoïdienne, au niveau du coude du sinus latéral, sa présence à ce niveau intrigua, à bon droit, un chirurgien qui, pensant à une procidence anormale du sinus latéral, adressa le malade à Georges Laurens, pour qu'il liât la jugulaire. Il craignait l'hémorragie.

Après examen, on se rendit compte que cette prétendue hernie n'était qu'une phyctène dont le contenu séro-sanguinolent s'écoula après une incision. la plaie se cicatrisa les jours suivants.

Une grave erreur de diagnostic fut ainsi évitée.

A part une tuméfaction visible et perceptible au toucher, les malades précédents ne ressentaient aucune gêne, il en est tout autrement dans le cas suivant observé par *Ivanoff*.

Ici la tumeur s'accompagnait de céphalée violente et persistante ; il s'agissait, cette fois, d'une vésicule développée dans la cavité opératoire un an après la trépanation. Elle siégeait sur la paroi postérieure et correspondait au trajet du sinus. Sa présence s'accompagnait de céphalées. Ponctionnée plusieurs

fois, cette petite tumeur laissa échapper un liquide très dense, colloïde, de coloration brunâtre, en même temps la céphalée cessa. Mais trois semaines après, la vésicule s'étant de nouveau remplie, les maux de tête revinrent. On fut obligé, pour guérir la malade, d'enlever la paroi osseuse sur laquelle s'appuyait cette vésicule ; et l'on constata par là même, qu'il n'y avait aucune communication avec le sinus.

L'épidermisation se fit ensuite assez rapidement. Ivanoff voit la cause de cette sorte de phyctène dans une petite artère de l'os, ouverte au cours de la première opération et thrombosée. Ce thrombus s'étant ramolli pour une cause inconnue, le sérum et les éléments figurés du sang se seraient échappés en soulevant le revêtement épidermique auraient ainsi formé une saillie de la cavité opératoire.

« Quant à la céphalée, ajoute Ivanoff, il paraît impossible d'en expliquer le mécanisme ».

On le voit, ces phyctènes, ou bulbes quoi qu'ayant un siège relativement variable sont, en général, peu éloignées du sinus, et ce qui est dit plus haut doit mettre en garde contre les erreurs de diagnostic qui pourraient occasionner des interventions hors de proportion avec les faits.

On peut donc conclure que ces affections peuvent être interprétées comme conséquences d'une évolution irrégulière de l'épidermisation, ou plutôt comme trouble thophique de la cavité opératoire.

OBSERVATION I (Junca)

Société d'Anatomie-Chirurgie de Bordeaux. — Journal de médecine de Bordeaux

Tumeur angiomateuse développée dans la cavité d'un évidement pétro-mastoïdien

---

La malade est une femme de 70 ans, opérée il y a six ans de cure radicale par le procédé de Moure, pour une otorrhée datant de son enfance. Elle entre à l'hôpital pour un léger suintement de l'oreille séro-purulent : Après avoir nettoyé la cavité, on s'aperçoit qu'elle est considérablement réduite par une tuméfaction arrondie du volume d'un grain de raisin, semblant faire corps avec la paroi postérieure, laissant en avant un petit espace linéaire qui la sépare de la paroi antérieure. Cette petite tumeur est nettement pulsatile et après l'avoir ponctionnée on se rend compte qu'elle est constituée par une simple coque résistante limitant une cavité intérieure dont on retire par aspiration du sang vermeil. Le sang continuant à couler assez abondamment, on fut obligé de tamponner.

OBSERVATION II, *inédite* (Georges Laurens)

Phlyctène hémorragique apparu dans une cavité d'évidement mastoïdien, au niveau du coude du sinus latéral et prise pour le sinus lui-même.

Mlle J..., 18 ans, m'est adressée pour pratiquer d'urgence une ligature de la jugulaire, en 1909.

Histoire de la maladie. — La malade a subi trois ans auparavant l'opération de la cure radicale pour une otorrhée droite ; les pansements ont duré près de six mois consécutifs. Depuis, la guérison s'est maintenue, mais tous les ans environ, il se produit une suppuration qui se tarit après quelques soins locaux en une huitaine de jours. On a laissé un orifice rétro-auriculaire permanent et très vaste.

Etat actuel. — Il est apparu, il y a une quinzaine de jours, sur la paroi postérieure de la brèche mastoïdienne, sans douleur, une bulle bleuâtre, dont la présence a inquiété un chirurgien qui a vu le malade. Il a pensé à une pocédence du sinus latéral, à une « hernie de sa paroi » et il m'adresse la jeune fille, afin de lui « lier la jugulaire » pour éviter une hémorragie.

On constate, en effet, une grosse saillie de coloration violacée, du volume d'une demi-noisette, arrondie, régulière, non pulsatile, siégeant au niveau du coude du sinus latéral, molle, dépressible. Nul doute qu'il ne s'agisse d'une phlyctène, d'une bulle à contenu séro-sanguinolent, résultant d'un trouble trophique de la cicatrice. Après l'incision de cette petite poche kystique, il s'écoule une sérosité sanguinolente. Aucun pansement consécutif. Quatre jours après, la petite plaie était cicatrisée.

OBSERVATION III (Ivanoff, *Archiv. für Ohrenteilkünde. Band* 68. 1 *und* 2, *Heft*)

PETITE TUMEUR DÉVELOPPÉE DANS LA CAVITÉ D'UN ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN ET OCCASIONNANT DES CÉPHALÉES

Commémoratifs. — K. L..., 18 ans, a subi une cure radicale de l'oreille gauche pour otite moyenne supposée chro-

nique, le 3 février 1903. Le sinus pocident fut mis à nu sur une petite étendue. L'incision faite derrière l'oreille ne fut pas suturée. L'épidermisation totale de la cavité s'acheva vers la fin d'avril de la même année.

Complications éloignées. — Pendant l'été 1904, la malade eut des céphalées et en palpant avec le doigt l'ouverture rétro-auriculaire, sentit dans la cavité une tumeur molle. Un médecin ponctionna cette tumeur et évacua le liquide qu'elle contenait. La céphalée disparut, mais elle revint trois semaines après en même temps qu'apparaissait de nouveau la tumeur molle de la cavité opératoire. Le liquide fut évacué plusieurs fois par ponction, deux fois la vésicule se rompit d'elle-même ; chaque fois, la céphalée cessa après l'écoulement du liquide.

4 novembre 1904. — La malade entre à la clinique. On aperçoit une voussure bleu foncé sur la paroi postérieure de la cavité à l'endroit où passe le sinus, elle a des contours nets. La paroi de cette voussure est mince, on sent le liquide sous elle. Pas de pulsations apparentes, on ne détermine pas de douleurs à la pression.

On fait une incision qui laisse échapper un centimètre cube environ d'un liquide très dense, de coloration brunâtre.

L'examen microscopique montre des globules rouges, des polynuclées en grand nombre et de nombreux essinophiles, quelques cristaux de cholestérine et des grumeaux amorphes d'une substance abluminoïde qui, à première vue, ne pouvait être exactement déterminée.

Le 12 novembre 1904. — Sous-anesthésie générale, on enlève la paroi qui faisait saillie, elle avait la minceur d'une feuille de papier, sous cette paroi l'os apparaît lisse et dur.

On ne peut retrouver exactement l'endroit où le sinus avait été mis à nu, lors de la première opération.

On curette soigneusement la surface occupée par la saillie, et la plaie est tamponnée.

Vers la fin de novembre, la cavité opératoire était totalement épidermisée.

La malade est actuellement en parfaite santé, elle n'a pas de maux de tête et on ne constate plus la formation de saillie dans la cavité opératoire.

L'examen histologique de la membrane indiqua qu'elle se composait exclusivement d'épithelium parvimenteux stratifié, kératinisé à la périphérie.

Cholestéatome secondaire et Otomycose

La récidive du cholestéatome après évidement, a été fréquemment observée ; *Moure*, dans une statistique basée sur 500 trépanations mastoïdiennes, fait mention d'un certain nombre de cas où il fallut avoir recours à une seconde intervention pour en débarrasser le malade.

Mahu, au récent congrès des laryngologistes français, dans son rapport sur « *ce que deviennent les évidés* », cite 3 cas de cholestéatomes récidivant qui ne guérirent qu'après une nouvelle intervention.

On n'ignore pas en otologie la gravité de cette production de la caisse tympanique, envahissant les méninges, le labyrinthe. N'a-t-on pas vu des carotides errodées de cette façon ?

Il serait fastidieux de passer ici en revue tous les cas de récidives cholestéomateuses fournies par la littérature otologique. Cependant nous apportons trois cas, bien différents de ceux que l'on a coutume d'observer.

Il s'agit de malades chez lesquels, ni avant ni pendant l'opération, il ne fut trouvé de masses cholestéatomateuses ; mais chez qui il s'en forma un an, trois où même six années après l'opération.

Le siège de cette tumeur est assez variable ; ce qui peut en augmenter la gravité.

La première observation est celle d'une malade de *Georges Laurens*, qui, 6 ans après un évidement, revint à la clinique pour un écoulement d'oreille très fétide. Après un nettoyage du conduit, on trouva des masses cholestéatomateuses au niveau de la paroi postérieure de la caisse, au-dessous du facial ; il fallut six semaines de pansements à l'alcool et à la poudre d'acide borique pour empêcher la formation de nouvelles masses et désinfecter complètement la cavité.

En 1913, à la suite d'une grippe, il y eut une nouvelle apparition de cholestéatome qui, cette fois, après dix jours de pansements secs, disparut.

Dans un cas signalé par Ivanoff et que nous rapportons, on en trouva au-dessous du canal semi-circulaire externe. Nous ne comprenons d'ailleurs pas très bien la pensée d'Ivanoff, car la saillie du canal semi-circulaire externe est doublée en bas de l'aqueduc de Fallope, lequel adhère à la face inférieure du

canal. Il est absolument impossible qu'il se creuse à ce niveau, une cavité de dimension d'une noisette, comme le prétend l'auteur de cette observation, pour amener une paralysie faciale et une destruction de la paroi externe du labyrinthe.

Enfin, chez le troisième malade, on en trouva une petite quantité logée dans l'angle inféro-postérieur de la cavité rétro-auriculaire.

Ivanoff, qui a publié ce deuxième cas, explique ainsi la genèse de ce cholestéatome.

« Il avait dû persister après l'opération un petit « enfoncement, par suite de l'ouverture d'une cel- « lule osseuse, cet enfoncement se serait alors rem- « pli de bourgeons et recouvert d'une couche épi- « dermique. En cet endroit, il y aurait eu une mi- « nime résistance pour la polifération de l'épithé- « lium en profondeur, par contraste avec la résis- « tance offerte par le substratum osseux solide, si- « tué au voisinage. La prolifération de l'épithélium « une fois commencée a amené inévitablement la « formation d'un cholestéatome. »

Dans ce dernier cas les douleurs apparues pendant la durée du cholestéatome ne cessèrent pas après sa disparition ; on constata après celle-ci la présence de croûtes noires ; l'examen de ces croûtes, au microscope, décella la présence de l'*Aspergellus niger*.

Après l'ablation des champignons les douleurs cessèrent, mais reprirent en même temps que ceux-ci apparaissaient de nouveau.

Peut-on attribuer le développement de cette otomycose, à l'oreille mal tenue ; à des pansements sales? L'instillation de corps gras dans le conduit, formant facilement des acides, favorise le développement des champignons. Ivanoff est muet sur cette question. Pour nous, la première de ces suppositions entre probablement pour beaucoup dans la présence, dans cette oreille, de l'*Aspergellus niger*.

Disons, pour terminer, que ces processus pathologiques s'étant déroulés sous l'enveloppe épidermique et avec participation des éléments épithéliaux, on peut les interpréter comme les conséquences d'évolutions irrégulières dans l'épidermisation de la cavité opératoire.

Si une seule fois on fut obligé de recourir à une seconde intervention pour assainir la cavité opératoire et se débarrasser de ces tumeurs, on doit, néanmoins, constater que ces cholestéatomes furent tenaces et résistèrent longtemps au traitement, sans toutefois causer d'accidents sérieux.

Dans les cas de cholestéatomes, la conduite du spécialiste sera donc de délivrer complètement le malade de cette tumeur, de crainte de voir surgir de graves complications, surtout du côté des méninges et du labyrinthe. Il est des cas où on est obligé d'avoir recours à une seconde intervention. Certains auteurs la conseillent. On peut espérer, cependant, comme dans un des cas que nous avons rapportés, qu'à l'aide des pansements à l'alcool à

90° on peut arrêter le développement de ces tumeurs ; quant aux mycoses, on sait avec quelle persistance, elles résistent à tout traitement, et avec quelle facilité elles récidivent ; aussi, dans le cas que nous signalons, malgré un traitement antiparasitaire énergique, le spécialiste eut-il beaucoup de mal à en débarrasser le malade.

OBSERVATION IV (*inédite*) (Dr Georges Laurens)

DÉVELOPPEMENT D'UN CHOLESTEATOME SUR UNE CICATRICE MASTOÏDIENNE, SIX ANS APRÈS UNE CURE RADICALE

Histoire de la maladie. — Mlle X..., jeune fille de 18 ans, a eu une otorrhée double scarlatineuse à l'âge de cinq ans environ. Opération de végétations adénoïdes à cette époque, qui a tari l'otorrhée. Elle a été soignée par moi il y a dix ans environ pour surdité consécutive. Les deux tympans sont détruits ; les osselets se détachent, comme des stalactites, de la coupole de la caisse. Aucune suppuration. Surdité inaméliorable. Les choses restent en l'état pendant huit ans, et à la suite d'une grippe, réchauffement de l'otite des deux côtés. A droite, guérison rapide ; à gauche, au contraire, persistance de la suppuration.

Ostéite du mur de la logette avec perforation de la membrane de Schapnell avec polype. Traitement otologique pendant deux ans. Il y a six mois, opération des osselets. La suppuration persiste.

Opération de l'évidement. Le 15 *octobre* 1906. — Apophyse éburnée, antre petit et profond, gros comme un

poids. Dénudation de la dure-mère sur une surface de deux ou trois millimètres carrés. Le sinus n'est pas découvert, l'antre, l'aditus, très élargi et l'attique sont remplis de fonguosités. Curetage, incision de la paroi postérieure du conduit. Introduction d'une mèche par le méat pour appliquer les deux lambeaux en arrière. Pansement à plat.

Premier pansement, 20 *octobre* — Absence totale de douleurs et de température, pas de pus. Plaie dans un état parfait. Pansement à plat.

Deuxième pansement, 22 *octobre*. — Absence complète de douleurs, température 36°8. L'acollement des lèvres de la plaie est parfait. Une petite mèche avait été placée dans l'aditus pour maintenir le lambeau supérieur, elle est imbibée de liquide séro-sanguinolent. Absence de toute suppuration. Réintroduction d'une mèche dans l'aditus. Pansement à plat.

30 *octobre*. — Les pansements ont été faits tous les deux jours. Réunion secondaire complète de la plaie rétro-auriculaire. Une simple mèche obturant le méat et c'est tout. Elle est imbibée de liquide séro-hémato purulent tous les deux jours. Absence d'odeur. Fond de caisse cicatrisé. L'aditus et l'antre qui tendent à se combler sont badigeonnés à l'adrénaline. C'est le seul attouchement et la seule manœuvre qui soit faite.

5 *novembre*. — Suppression de tout coton au méat auditif. Ecoulement muqueux peu abondant au niveau de l'antre seul. Pas de pus.

Guérison normale, pas de tamponnement.

Suites opératoires. — La cavité évidée a conservé sa forme en bissac, l'épidermisation est achevée au bout de sept semaines et la cicatrisation est totale.

Complications éloignées. — Pendant les années qui ont suivi l'opération, la malade a été revue deux fois, puis une fois par an. Chaque fois il est procédé à une toilette de

l'oreille et à l'ablation de cerumen. La cicatrice est solide, il n'y a aucune dermite, ni écoulement tubaire.

En 1912, à la suite d'une grippe, l'oreille suppure pendant quelques jours. Une désinfection minutieuse de la caisse et de l'orifice de la trompe déterminent la sécheresse de la cavité en une semaine. Mais deux mois après, la malade revient pour un écoulement fétide. Le conduit est rempli de pus caséeux, de croûtes qui tapissent les parois de l'antre. Après nettoyage à sec, on constate la présence de bourgeons tubaires, et un nid de cholestéatome au niveau de la paroi postérieure de la caisse, au-dessous du seuil de l'aditus, au-dessous du facial. Il a fallu six semaines de pansements à l'alcool, à la poudre d'acide borique, pour enrayer le développement cholestéatomateux.

En 1913, à la suite d'une rhénite aiguë, apparition de nouvelles lamelles cholestéatomateuses fort abondantes, dans la même région. Dix jours de pansements secs empêchent leur pullulation. En février 1914, pas de récidive.

OBSERVATION V (Ivanoff, *Archif. für Orhenheilkùnde Band. 98. Heft 1 und 2*

DÉVELOPPEMENT D'UN CHOLESTÉATOME SUR LA CICATRICE D'UN ÉVIDEMENT TROIS ANS APRÈS L'OPÉRATION

Commémoratifs. — D..., étudiant, âgé de 21 ans, a été évidé en mars 1912 pour otite moyenne suppurée chronique droite avec paralysie faciale. En fin de mai l'épidermisation de la cavité était complètement achevée. Derrière le pavillon, il persistait une ouverture de moyenne grandeur.

Complications éloignées. — Au bout de trois ans, le ma-

lade qui jusqu'alors s'était bien porté, revient à la clinique déclarant avoir constaté des taches de pus sur le coton qu'il mettait dans son oreille.

A l'examen, on remarque sur la paroi postérieure de la cavité opératoire, au-dessous du canal semi-circulaire horizontal une petite saillie grise verruqueuse. Une sonde enfoncé permet de découvrir une cavité remplie d'un contenu friable. A la curette on enleva une grande quantité de masses cholestéatomateuses typiques, d'un blanc brillant, la cavité avait à peu près les dimensions d'une noisette.

Opération le 30 septembre 1905. L'ouverture rétro-auriculaire fut agrandie par une incision cutanée conduite en haut et en bas, la cavité du cholestéatome est largement ouverte et on en enlève de grosses masses. Le bourrelet du canal semi-circulaire horizontal était dur et lisse ; la cavité passait en partie aussi sous ce bourrelet, mais cependant davantage dans la direction de la face postérieure de la pyramide. En curettant la cavité au-dessous du canal semi-circulaire vers l'avant on observa plusieurs secousses du facial ; l'os était partout lisse et dur. Tamponnement.

La suite se passa normalement. Il n'y eut ni paralysie ni parésie du facial. Au bout d'un mois l'épidermisation de la cavité opératoire était totalement achevée.

OBSERVATION VI (Ivanof, *Archif. für Ohrenheil-Kùnde Band* 68. 1 *ùnd* 2, *Helft*)

DÉVELOPPEMENT DU CHOLESTÉATOME DANS LA CAVITÉ D'UN EVIDEMENT 2 ANS APRÈS L'OPÉRATION ET FAISANT PLACE A UNE OTOMYCOSE ACCOMPAGNÉ DE DOULEURS DE L'OREILLE

Commémoratifs. — C..., âgé de 19 ans, est trépané le 5 février 1899, pour otite moyenne suppurée chronique

droite. L'écoulement ne s'étant pas tari, le malade fut évidé le 24 octobre 1899.

L'incision rétro-auriculaire se ferma assez rapidement l'épidermisation de la cavité était terminée en fin de janvier 1900.

Complications éloignées. — En décembre 1901, le malade se plaignit de douleurs dans l'oreille opérée, en même temps qu'apparaissait un peu de pus.

L'examen indiqua que de toute la cavité opératoire, seules les parties postérieures et inférieures étaient tapissées d'épiderme brillant. Derrière le cartilage du pavillon au contraire, on remarquait un petit enfoncement avec des détritus purulents.

Opération le 17 décembre 1901. — Une incision faite sur la cicatrice rétro-auriculaire permit d'enlever une minime quantité d'une masse grisâtre qu'à l'examen microscopique on reconnut être formée de squames épidermiques et de cristaux de cholestérine. Sous cette masse, l'os, dur et lisse, était mis à nu sur une faible étendue.

Le reste de la surface était couvert d'épiderme normal. Au bout d'un mois l'épidermisation de l'os mis à nu était complète, l'incision rétro-auriculaire fermée.

Le malade revint 2 ans après se plaignant de douleurs dans l'oreille opérée. En examinant la cavité opératoire, on vit qu'en arrière et en bas, à l'endroit où étaient autrefois les masses cholestéatomateuses, il existait des croûtes noires. Ces croûtes étaient formées du mycélium de l'aspegillus niger.

Les douleurs cessèrent après l'ablation du champignon, elles reparurent quelques temps après, en même temps que se formaient d'autres croûtes noirâtres.

L'évolution de cette otomycose fut assez opiniâtre malgré le traitement anti-parasitaire énergique. Elle se termina toutefois par la guérison complète.

Infection d'origine tubaire

A côté de ces complications causées par un cholestéatome récidivant, il n'est pas rare d'en observer qui sont dues à des lésions siégeant au niveau de l'orifice tubaire, et dont on trouve la cause dans l'infection de la trompe. Il peut arriver qu'un évidé, chez qui tout s'est jusqu'ici, normalement passé, vient, à la suite d'un catharre naso-pharyngien, consulter pour un suintement de l'oreille opérée ; on peut alors constater dans sa cavité opératoire un point d'ostéite avec des bourgeons charnus.

Ces lésions sont situées en général autour de l'orifice tubaire et des cellules qui l'entourent.

Quelquefois elles occasionnent une otite externe, des furoncles du conduit même, déterminés par le pus provenant de ces bourgeons.

Il arrive ainsi que l'épiderme desquamme, s'erode, suppure sous l'influence de cette injection. Il se forme alors des croûtes et le malade est obligé de venir faire nettoyer sa cavité d'évidement ; celle-ci se remplissant de cerumen et de débris épidermiques.

Lermoyez prétend que ces récidives tubaires se voient surtout quand il a été impossible d'épidermiser la partie antéro-inférieure de la caisse par le fait de l'existence de cellules péri-tubaires infectées.

Le traitement en est simple, mais assez long, il se

réduit à celui d'une otorrhée ordinaire, l'eau oxygénée, l'huile de vaseline pour ramollir les croûtes, l'alcool à 90° doivent en avoir raison. Mais il est certain, que dans les cavités complètement comblées de tissu fibreux ces récidives n'ont aucune chance de se former, il en est de même quand « un diaphrag-« me cicatriciel se forme au-dessus de l'orifice supé-« rieur de la trompe, malheureusement il n'y a pas « actuellement de moyen capable d'obtenir, à coup « sûr, cette heureuse occlusion ». (Lermoyez).

L'observation que nous rapportons à la suite de cet article est un exemple de ces récidives tubaires. Ce sont les cellules que *Georges Laurens* appelle *sous-pyramidales* qui s'infectèrent longtemps après l'évidement.

La malade est obligée de venir presque tous les ans à la clinique faire nettoyer son oreille, et cela depuis 1907.

OBSERVATION VII, *inédite* (GEORGES LAURENS).

RÉCIDIVE LÉGÈRE AU BOUT DE PLUSIEURS ANNÉES, DUE A UNE INFECTION DES CELLULES SOUS-PYRAMIDALES

Commémoratifs. - Mlle Nat... entre le 28 mai 1903 à la clinique de la Trinité pour une otorrhée chronique gauche avec polype et cholestéatome, il y a une large perforation du tympan à travers laquelle on aperçoit le promontoire recouvert de cholesteatome. L'attique est rempli de

pus fétide. L'audition est très diminuée de ce côté. Céphalée et vertiges depuis quelques temps.

26 avril 1904. — Evidement rétro-mastoïdien.

Complications éloignées. — 12 octobre 1907. — Récidive de la suppuration depuis six semaines.

La cavité évidée est normalement cicatrisée, mais il existe une suppuration circonscrite et délimitée au niveau des cellules sous-pyramidales ; il y a des bourgeons charnus.

22 octobre 1907. — Cautérisation à l'acide chromique

5 novembre 1907. — L'introduction d'huile de vaseline dans la cavité évidée provoque des vertiges. La cavité est tout a fait sèche.

29 janvier 1908. — Réchauffement de l'otorrhée, petit polype inséré sur le bout supérieur de la perforation. Eau oxygénée, alcool à 90°.

21 juin 1908. — La cavité évidée est pleine de croûtes. La malade a des vertiges.

Après le nettoyage de cette cavité, on constate de l'ostéite au niveau de l'orifice tubaire et au niveau du toit de l'aditus, ce qui expliquerait les vertiges.

Alcool à 90°.

13 octobre 1909. — La cavité est tout à fait sèche, il y a quelques petites croûtes cependant.

1er février 1913. — Céphalées fréquentes, frontales et rétro-auriculaires. Encore quelques vertiges. Ablation de croûtes au niveau du massif du facial. Pas de suppuration.

12 janvier 1914. — Petites croûtes au niveau du fond de caisse.

DEUXIÈME PARTIE

Modification du côté de la cavité osseuse

Le principal souci du spécialiste, lors d'un évidement pétro-mastoïdien, est de ne laisser aucune aspérité osseuse pouvant gêner le moulage exact de l'épidermisation sur la cavité et formant une sorte de barrage, une « petite cavité dans la grande » servant en somme de réservoir au pus.

L'observation suivante montre que, malgré toutes les précautions prises, il peut se former, longtemps après l'opération des « productions exubérantes » de l'os gênant l'épidermisation et entretenant la suppuration.

Avant d'étudier ce cas, examinons en quelques mots comment l'os se répare après les mastoïdites.

Les suppurations de la mastoïde, aiguës ou chroniques, ne sont en somme que de l'ostéïte et comme tel agissent sur l'os, produisant des délabrements quelquefois considérables.

Le processus inflammatoire achevé, l'apophyse étant trépanée et nettoyée de toute substance septique, l'os se répare dans une certaine mesure.

Si nous consultons « Cornil et Ranvier » sur le mode de réparation des os du crâne à la suite d'ostéïte, nous voyons qu'elle se fait surtout par le périoste. « On constate au-dessous du périoste une « couche de cellules rondes ou polygonnales par « pression réciproque à noyaux simples ou multi- « ples qui ne différent pas des cellules de la moelle « embryonnaire. Au milieu de cette couche, exa- « minée sur des coupes transversales de l'os, s'avan- « cent des aiguilles osseuses rectilignes ou courbes « dont la base fait corps avec l'os ancien et dont « l'extrémité libre est dirigée vers le périoste. On « voit alors les cellules médullaires pressées le long « de ces aiguilles osseuses s'entourer successivement « de substance osseuse, on peut en observer qui « sont comprises à moitié dans le tissu osseux et à « moitié dans le tissu médullaire. Ces aiguilles, au « centre desquelles il existe habituellement des « fibres connexives correspondent à la section de « larmes verticales, elles augmentent peu à peu de « volume, s'incurvent et se confondent les unes avec « les autres et finissent par limiter les espaces ar- « rondies qui correspondent aux canaux de Havus. »

Pour *Ollier*, les os du crâne se réparent, mais d'une manière incomplète, grâce à la dure-mère, au péricrâne et au diploe. « Ce dernier élément est même considéré comme indispensable à la reproduction de l'os. »

D'autres facteurs importants agissent aussi sur la réparation osseuse, c'est ainsi que l'âge du sujet,

le milieu dans lequel il vit, son état général sont autant de causes pouvant influer sur le bon résultat de cette régénération.

Le cas que nous signalons ici et qui fut observé par *Georges Laurens* en est un exemple.

Il s'agit d'une fillette qui, à 6 ans, subit d'abord une trépanation de l'oreille droite et fut, quelques temps après, évidée du même côté.

On eut d'abord à lutter contre une suppuration tenace venant de l'infection de la trompe à la suite d'une grippe infectieuse.

Six ans après, alors que tout semblait être rentré dans l'ordre, on constata une suppuration de l'oreille, profuse, fétide en même temps que la topographie de la cavité opératoire, auparavant normale, était changée.

Pour l'examiner, il fallait rétracter le pavillon fortement en arrière. On avait une grande difficulté à introduire le spéculum dans le conduit, celui-ci paraissait complètement aplati. En outre, la cavité n'était plus lisse, uniforme et la paroi postérieure du conduit paraissait s'être développée, la cavité étant remplie de productions exubérantes, formant arêtes vives.

Nous avons à faire ici à un sujet dont la croissance rapide a entraîné, comme corollaire, une déformation complète de la région opérée, du côté de l'os.

La fillette était dans l'âge où la croissance se fait encore rapidement, celle-ci ira en effet en diminuant à mesure que l'âge du sujet augmente pour

atteindre son développement jusqu'à 23 ou même 30 ans.

Enfin, la région qui concerne la paroi postéro-supérieure du conduit a pu être régénérée à la fois par le périoste du conduit auditif externe et les ostéophytes venant du diploé : quant à la région antrale, la production ostéophyte est due au travail du diploé. Il est rare de constater, dans la cavité d'évidement et dans la trépanation, de telles régénérescenses osseuses.

Il est certain, en outre, que la suppuration due à l'inflammation de la trompe a eu une influence sur cette régénération osseuse et a amené la production de ces ostéophytes dans une certaine mesure. Ceux-ci se rencontrent surtout dans les ostéïtes peu intenses et de longue durée avec suppuration tenace, comme c'était ici le cas.

« Ce sont, dit Cornil, des productions nouvelles dépassant les limites de l'os. »

Ces aspérités osseuses, formant des sortes de culs-de-sac, entretinrent longtemps la suppuration ; celle-ci ne céda que grâce à un traitement énergique et minutieux d'une durée de 8 mois, et on fut souvent sur le point d'ouvrir la cicatrice cutanée mastoïdienne en arrière du pavillon pour pouvoir faire les pansements à l'œil nu.

OBSERVATION VIII (*inédite*, Georges LAURENS)

TRANSFORMATION DE LA TOPOGRAPHIE D'UNE CAVITÉ D'ÉVIDEMENT CHEZ UN ENFANT, AU COURS DU DÉVELOPPEMENT

Commémoratifs. — Fillette de six ans, présentant une pyorrhée auriculaire récente à droite (avril 1906).

Elle a subi trois ans auparavant une trépanation de l'apophyse pour une mastoïdite, et devant la persistance de la suppuration et la fistulisation de la plaie, il fallut faire un évidement. Cette double opération a été faite à Nancy en 1903.

La seconde a été suivie de pansements dont la durée a été de près de cinq mois, l'année suivante, 1904, au cours d'une grippe infectieuse, il y eut une légère récidive de la suppuration.

A diverses reprises, il y eut des récidives de l'otorrhée, principalement au cours de rhinites. Récemment (avril 1906) il y eut un retour offensif de la suppuration et je constate une cavité opératoire d'évidement très régulièrement épidermisée, ayant conservé la forme classique en bissac. Il existe deux zônes de suppurations dans un foyer d'ostéite ; l'une au niveau de l'antre, l'autre au niveau de l'aditus. La cicatrice présente une phlyctène hémorrhagique en arrière, au niveau de la gouttière du sinus latéral. Après une toilette de la cavité, et des pansements qui durèrent six semaines environ, pansements secs consistant en séchages de la cavité avec des pinceaux d'ouate imbibés d'alcool à 90° et insufflations de poudre d'acide borique, la cicatrisation se fit complètement.

Pendant deux ans elle se maintint.

En 1909. — Au cours d'une grippe, récidive de l'otor-

rhée, cette fois d'origine tubaire, qui céda à quelques pansements.

Complication éloignée. 1911 et 1912. — C'est-à-dire après trois ans d'accalmie, je revois la fillette pour une suppuration profuse, particulièrement fétide dont la mère s'est aperçue par hasard. A ma grande surprise, je constate un changement profond dans la topographie de la cavité opératoire ; il est extrêmement difficile de l'inspecter. Par suite du développement squelettique, la configuration intérieure de la cavité évidée s'est modifiée. Il faut tout d'abord rétracter fortement le pavillon en arrière pour pouvoir introduire le spéculum, il semble que le pavillon ait exécuté un mouvement de descente et de traction en avant, que le méat soit aplati ; aspect qui n'existait pas les années précédentes, lors des précédents examens.

En outre, les parois de la cavité ne sont plus régulièrement lisses, uniformes, il semble que la paroi postérieure du conduit qui autrefois était absente de telle façon que la paroi inférieure de ce canal se continuait sans le moindre ressaut avec l'antre, se soit développée, et qu'il se soit constitué une véritable paroi postérieure, une sorte de mur incomplet en haut, séparant nettement le conduit de la mastoïde. On dirait une véritable régénération osseuse.

Il semble que l'os se soit développé, formant une arrête qui délimite nettement deux cavités (conduit et mastoïde), au lieu d'une cavité unique qui existait antérieurement.

Il en résulte que l'inspection de la cavité antrale devient très difficile.

Le fond de cette seconde cavité s'est allongé en bas et en arrière, et forme un cul-de-sac très profond, qui s'étend dans la direction du sinus et de la paroi mastoïdienne, et son examen est impossible.

Il faut, avec des stylets coudés que le regard ne peut suivre, explorer les recessus de cette arrière-cavité, et

comme elle renferme du pus, du sang, des bourgeons, du cholestéatome, sa toilette est particulièrement difficile.

Ce développement singulier qu'a subi le rocher et le tissu cicatriciel rend les pansements extrêmement délicats. D'autant que la paroi antrale, lisse pendant des années, présente des irrégularités qui délimitent de petites anfractuosités véritables nids de suppuration.

Pendant près de huit mois il a fallu faire des pansements humides et secs et des bains d'oreille, des insufflations de poudre, attaquer une suppuration dont la cause était en partie invisible et échappait à tout regard, au point où maintes fois je songeais à rouvrir la cicatrice cutanée mastoïdienne en arrière du pavillon pour se donner du jour et faire des pansements à l'œil nu.

La guérison se maintient depuis deux ans.

CHAPITRE II

Des troubles psychiques et nerveux
CONSÉCUTIFS
aux opérations sur le mastoïde

Dans un article paru dans les *Zeitschrift für Ohrenheilkünde*, Grossmann, chef de clinique otologique à Berlin, fait un rapport très intéressant sur les troubles psychiques consécutifs aux opérations sur la mastoïde. Nous avons pensé que l'étude de ces cas anormaux et rares méritaient une place importante dans ce travail. C'est pourquoi nous avons puisé une grande partie de ce qui suit dans l'article de Grossmann.

Nous citerons ensuite deux cas de troubles nerveux observés par Georges Laurens après deux évidements pratiqués par lui. Il nous a semblé, en effet, que ces deux sortes d'états pathologiques avaient entre eux des relations trop étroites pour être séparés.

Les cas de psychoses post-opératoires signalés en otologie sont peu nombreux, si on les compare à

ceux observé dans les autres parties de la chirurgie. Cependant, on pourrait s'attendre au contraire, les relations entre l'oreille et la vie mentale étant multiples, et le rôle joué par l'organe auditif dans la psychiatrie, considérable. N'a-t-on pas, en effet, noté l'action exercée sur la sphère psychique par un simple bouchon de cérumen et le passage de cholesteatome dans le cerveau occasionnant des désordres mentaux graves.

Si l'on compare les opérations mastoïdiennes à celles pratiquées sur l'œil, on trouve chez ces dernières un grand nombre de psychoses post-opératoires. Surtout si l'on prend les opérations de la cataracte.

Pourtant, des milliers d'apophyses ont été trépanées ; et si l'on s'en rapporte à la statistique de Rayneau qui, sur 100 opérations, admet deux psychoses, on aurait de fréquentes occasions d'observer l'aliénation post-opératoire.

Bien que les rapports de l'opération mastoïdienne avec les psychoses aient éveillé l'intérêt des auteurs, on en trouve dans la littérature otologique que quatre exemples se rapportant à ce sujet avant ceux qu'a publiés Grossmann.

Faut-il en voir la cause dans l'issue souvent défavorable qui termine les cas de ce genre, c'est-à-dire le suicide ! ce qui n'est pas encourageant à publier.

Le premier cas fut observé par *Tuffier*, lors de la

discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie de Paris, à la suite du rapport de L. Picqué.

Chez une femme à qui on avait fait une trépanation mastoïdienne, il survint des accidents délirants qui durèrent 30 jours. Tuffier se demande si l'iodoforme avec lequel on avait pansé la plaie n'en fut pas la cause.

Plüder publia deux observations de psychoses, mais ces deux cas n'ont que des rapports fort éloignés avec la question.

Piff enfin mentionne le dernier cas. C'est un homme de 60 ans avec otite moyenne suppurée subaiguë qui tomba dans la mélancolie, alors que la guérison suivait son cours et qui, une fois revenu dans son pays, tenta de se suicider. Il est bon de dire qu'avant l'opération il existait des signes d'anomalie de l'état mental.

Comme on peut s'en rendre compte, ces observations sont incomplètes et très critiquables.

Tuffier n'indique pas l'âge de sa malade ; il admet l'intoxication par l'iodoforme comme possible ; sa malade était une héréditaire, sa mère étant morte folle.

Quant au malade de Piff, on peut penser à une aggravation de son état psychique par l'opération. Chez un homme de soixante ans, les idées de mélancolie, les crises d'angoisse éprouvées, peuvent surgir sur le terrain d'un sclérose du système aortique à développement rapide. Il est vrai que la communi-

cation de Piff ne contient aucune donnée relative à l'état artériel du malade.

Nous arrivons maintenant aux observations publiées par Grossmann ; nous résumerons ici les commentaires dont il fait suivre chacune d'elles, et les conséquences pratiques qu'il en tire.

Il s'agit, dans le premier cas, de troubles mentaux survenant après une trépanation et guéris un mois et demi après celle-ci.

Peu de temps avant l'opération, on fit à cette malade une ponction lombaire. Voici ce que Körner dit à ce propos (*affections cérébrales otogènes*) ». Il me « paraît particulièrement hasardeux de produire di- « rectement, avant une opération, des modifica- « de dimension dans l'intérieur du crâne malade, « en faisant écouler du liquide céphalo-rachidien « avant des opérations, dis-je, qui comme la trépa- « nation de rochers sclérosés peuvent déjà en soi, « en leur qualité de traumatisme important, entraî- « ner la propagation de suppuration endo-crâ- « nienne. Que tous ceux qui ont ainsi agi s'interro- « gent et se demandent si cela n'a pas été la cause « de bien des issues malheureuses ». Ce que dit Körner des suppurations intra-crâniennes peut s'appliquer également au développement d'une psychose post-opératoire. Si dans la plupart des cas la ponction lombaire, faite avant l'opération, n'a aucune influence fâcheuse, elle n'est pas indifférente dans « la façon dont se comporte le cerveau vis-à- « vis des facteurs nuisibles existant dans l'opération

« même ». Dans le cas de Grossmann il se produisit une diminution de tension dans l'intérieur du crâne cette diminution dut être suivie d'une augmentation de l'irrigation sanguine qui, tout en étant salutaire, put devenir funeste par suite des oscillations de pression dues à l'anesthésie et, comme on le verra plus loin, aux coups de ciseaux.

L'aliéniste chez qui fut conduit cette malade oublia un tampon dans le conduit, il y resta un mois, ce qui prouve que l'évolution du trouble mental était indépendant de la nature du traitement post-opératoire.

La deuxième observation montre l'apparition d'idées dépressives, de nature hypocondriaque, associées à du vertige passager, un mois et demi après une trépanation et l'ouverture d'un abcès extra-dural, elle tire son importance par ce fait qu'elle montre l'aliénation ne se manifestant qu'après l'évacuation d'un abcès extra-dural. On ne peut donc faire dépendre cette aliénation de cet abcès.

Elle rappelle ainsi que dans les deux cas cités ensuite par Grossmann les psychoses traumatiques, sont aussi de nature hypocondriaque et se caractérisent par la céphalée, la sensibilité aux bruits, à la lumière, insomnie, vertiges et que l'on pourrait décrire plutôt sous le nom de névroses.

Nous arrivons à une observation pour laquelle Grossmann se demande si le nom de psychose post-opératoire ne doit pas être employé qu'avec réserve.

Il s'agit d'un trouble mental après un vaste abcès du lobe temporal ; « elle peut, dit l'auteur de cet « article, s'expliquer suffisamment par la perte de « substance cérébrale », et il étudie la question de l'issue des abcès cérébraux. Qu'on nous permette de le suivre sur cette question.

Citant une statistique de Röpke (*opérations de l'abcès otogène*), Grossmann montre que sur 142 abcès du cerveau, opérés par ce dernier, il en a été trouvé dix après lesquels il survint des troubles psychiques permanents ou passagers et qui, selon lui, doivent être attribués à l'opération. Sur ces dix malades, « il n'en resta, en réalité, que deux dont l'es- « prit et le corps subirent un dommage permanent « après l'opération ». « Ces troubles, ajoute-t-il, « consistèrent en insomnie, en diminution de l'in- « telligence, modification de caractère, en accès « vertigineux survenant brusquement et occasion- « nant le plus souvent une perte de connaissance. « Deux fois, ces crises furent prises pour de l'épilep- « sie vraie, car les crises ne sont survenues, en tout « qu'une ou deux fois. »

Pour *Macewen* (*maladies infectieuses pyogéniques du cerveau et de la moelle*) les crises de perte de connaissance se produiraient par suite du *tiraillement des cicatrices adhérentes aux méninges*, lors des mouvements brusques du malade ; par exemple lorsqu'il passe d'une position couchée en position assise, il se produit une traction sur le cerveau qui, agissant physiologiquement comme un coup est ca-

pable de déclancher une perte de connaissance de courte durée.

L'histoire de la fillette de *Myles* (*travaux de la société américaine d'otologie*) corrobore ses dires, Myles relate qu'en 1896, on présenta à la Société des otologistes américains une fillette âgée de 7 ans, ayant une otite moyenne suppurée chronique droite et qui fut opérée dans un état absolument comateux. Après l'opération et l'évacuation d'un abcès du lobe temporal, elle récupéra jusqu'au lendemain la conscience pleine et entière, mais pendant toute l'année suivante elle présenta des signes de faiblesse intellectuelle, puis récupéra son intelligence normale.

Broca (*des complications intra-crâniennes des otites*) parle d'une jeune fille de 11 ans, chez qui, huit jours après l'opération d'un abcès otogène du lobe temporal gauche, il se manifesta tout d'abord une modification de caractère. La fillette riait sans motif et ne pouvait fixer son attention. La guérison fut complète au bout de trois mois. Faut-il attribuer ces retours rapides à la normale, à la jeunesse de ces deux sujets.

Grossmann pense donc que l'on peut expliquer ce cas « de trouble mental après abcès du lobe temporal » par la suppression considérable de substance cérébrale qui se produisit. Mais pourquoi ce trouble se montra-t-il si tardivement (4 mois après l'opération) ? C'est lorsque l'abcès n'était pas évacué que la résistance du malade était mise le plus à l'épreuve

et « la suppression de la substance cérébrale était « terminée lorsque la fistule durale se ferma » (7 septembre).

C'est pourquoi on peut penser que d'autres facteurs jouent aussi un rôle dans la génèse de ces psychoses.

C'est du reste ce que montre la dernière observation du travail de Grossmann.

Il s'agit d'une forme légère d'excitation maniaque chez une femme, consécutive à une opération pour abcès du lobe temporal gauche et à un érysipèle de la face, évoluant en même temps.

L'opération sur le lobe temporal n'a probablement rien à voir avec l'augmentation de l'excitation sexuelle observée chez cette malade; à part un cas publié par *Borchardt* (congrès allemand de chirurgie, 1904) dans lequel des troubles psychiques portant sur la sphère génitale disparurent, chez une jeune fille, après incision d'un abcès du lobe temporal, l'érotomanie n'a été, jusqu'ici, observée que dans les tumeurs du cervelet (*Guéneau de Mussy, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* 1872).

Une question se pose, l'élévation thermique fut-elle seule coupable des troubles psychiques chez cette femme, ou faut-il en accuser l'érysipèle ?

Certains auteurs, Jacob, Kâpelin, admettent des psychoses dont la fièvre est le facteur étiologique réel, c'est-à-dire l'élévation de température propre du sujet qui se transmet au système nerveux central

et qui, dans la majorité des cas, disparaît avec la cause. Le facteur infectieux, l'action spécifique de certains ferments joue, il ne faut pas en douter, un rôle important et c'est ce que montre l'apparition du délire avant la fièvre, dans certaines épidémies de maladies aiguës, comme l'érysipèle.

Myran, en 1847, publia un cas de *délire maniaque survenu à la suite d'un érysipèle de la face* (*Ann. méd. psychologiques* et *Gazette des Hôpitaux*). Puis Baillarger montra l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la génèse de la paralysie générale, enfin plus près de nous Bastian, Jolly, s'accordent à dire que seul l'érysipèle de la face et de la tête produisent un trouble psychique étendu.

Dans ce cas, la possibilité d'une propagation du processus érysipélateux aux méninges et au cerveau mis à nu était très logique. Ces cas sont heureusement fort rares.

De tout ce que nous venons de dire, il se dégage d'abord ce fait, que si l'on s'en tient seulement aux observations publiées par Grossmann, on arrive à ce résultat surprenant que les troubles psychiques, après les opérations sur la mastoïde, ne sont pas aussi rares qu'on peut le penser.

Broca, en effet, sur 8990 opérations sur les enfants, n'observe aucune psychose ; Segond, sur 462 opérations gynécologiques, n'en publie que 4 dont 3 hystériques et Laquer, sur 200 extractions de cataracte, une seule psychose, alors que Grossmann

donne le premier cas signalé dans son article comme la 4e psychose observée sur 2477 opérations faites à la clinique. Ce qui fait un pourcentage de 1,6 pour 1.000 cas, et il ne tient pas compte des autres cas que nous rapportons ici.

On peut se demander si, pour les opérations sur la mastoïde, on peut trouver des facteurs spéciaux ayant une importance dans la génèse des psychoses?

Grossmann répond par l'affirmative et il s'explique, en se basant sur les théories actuellement admises sur les traumatismes du crâne dans lesquels il range pour une certaine part, la trépanation.

Un de ces facteurs principaux serait, d'après lui, le *martellement par le ciseau et l'ébranlement du crâne au cours de l'opération.*

En effet, la ressemblance que l'on trouve entre ces psychoses et celles que l'on observe dans les traumatismes crâniens est frappante.

Qu'est-ce, en somme, que la trépanation d'une mastoïde, souvent éburnée et scléreuse, sinon un traumatisme du crâne?

L'ouïe est très sensible aux ébranlements crâniens. Grossmann écrit qu'à « la suite de l'ablation « au ciseau d'exostoses du conduit il se produisit, par « suite d'ébranlement du labyrinthe par les coups « de maillets, 2 fois sur 5, une surdité nerveuse, « qui disparut, il est vrai, quelques semaines plus « tard, et où il ne fut pas toujours constaté une di- « minution des sons aigus, mais aussi une diminu-

« tion de la limite inférieure de la gamme des « sons. »

« Nous avons nous-même trouvé, ajoute-t-il, des « exemples où était survenue, après un évidement, « une grave surdité de l'oreille et même une surdité « quasi-complète de l'oreille non opérée et qui, « malgré l'existence d'ue suppuration chronique, « entendait encore assez bien. »

L'examen otoscopique, dans ce cas, est, en règle générale, négatif. Cependant *Müller* (*Diagnostic des affections traumatiques de l'oreille interne*, 1898) a vu des états hypérémiques dans la profondeur du conduit et sur le tympan (Opacitées). Ce serait admettre comme base anatomo-pathologique de ces troubles, des altérations dans les voies vasculaires produisant une « hypérémie dans le labyrinthe et « dans les segments centraux de l'appareil nerveux « auditif » (Grossmann).

Ces hypérémies ne seraient-elles pas la cause des maux de tête, de vertiges et de l'augmentation d'irritabilité... en un mot des psychoses décrites par Grossmann. Ces hypothèses se transforment en faits réels grâce aux expériences de *Koch* et de *Filehme sur la commotion cérébrale*. Ces expériences étant identiques à ce qui se passe dans la trépanation de la mastoïde, leurs résultats peuvent servir de terme de comparaison et d'explication.

« Si, à des chiens de taille moyenne, endormis, on « applique sur la convexité des pariétaux deux « coups par seconde, modérés, avec un marteau à

« percuter, il survient, pendant le martèlement, « une accélération du pouls et de la respiration, « pendant le repos il y a un ralentissement. Ces « processus se répètent quand on renouvelle la per- « cussion, de telle façon que les chiffres de la pé- « riode d'excitation ainsi que ceux de la période de « repos deviennent de plus en plus petit ; il arrive « un moment où, pendant le martèlement, le nom- « bre des respirations descend tout près de zéro, « mais augmente graduellement pendant le repos « si toutefois l'animal ne meurt pas rapidement. « La température baisse de plusieurs degrés. Pour « chaque centre on observe d'abord des phénomè- « nes d'excitation, puis de fatigue jusqu'à la sup- « pression de la fonction. Les fonctions psychiques « sont aussi compromises. En effet, les animaux « présentent de la dépression psychique (aboulie, « diminution de sensibilité, abattement général) à « une période où, suivant toutes les règles, l'action « de la narcose aurait dû être passée depuis plu- « sieurs heures. »

Enfin, Grossmann se basant sur un grand nombre de trépanations qu'il a eu l'occasion d'observer, conclut que dans les apophyses avec corticale dure, épaisse, l'ébranlement par le ciseau produit un rapetissement ou une accélération du pouls, c'est-à-dire un abaissement de la tension sanguine.

Mais à dater du moment où la dure-mère ou bien la paroi du sinus sont mises à nu, on ne pouvait constater aucune action des coups de ciseau sur le

pouls, de même qu'il ne se produisait plus de modifications de la respiration.

Hang (*Principes du traitement de l'inflammation aiguë purulente de la caisse*), ajoute, au sujet de la trépanation « qu'une fois la base du cône faite nous « changeons de ciseaux pour d'autres plus étroits et « plus creux ; ils doivent toujours être très aigus « pour produire le moins possible l'ébranlement de « la tête et, pour le même motif, celle-ci doit être « solidement fixée. Ces précautions négligées, le « malade peut avoir une syncope qu'on attribuerait « à tort au chloroforme. Or, en réalité, ce syndrôme « vaso-moteur si alarmant, ne dépend uniquement « que de l'ébranlement brusque et relativement fort « du contenu du crâne. »

Terrier et Lucas-Championnière regardent comme très justifiés les griefs attribués au maillet et au ciseau.

Mais, malgré toutes ces raisons, on ne peut expliquer comment, dans les trépanations, traumatismes relativement légers, il se manifeste souvent une psychose alors que certains traumatismes relativements plus forts (coups de feu, fracture du crâne) n'en provoquent pas.

Et Grossmnann parle de cet autre concept : la prédisposition. On peut dire qu'à un certain point de vue, la plupart des sujets malades des oreilles doivent être appelés des prédisposés. On sait avec quelle fréquence des bruits subjectifs se transforment en illusions de l'ouïe et deviennent la cause

immédiate de troubles psychiques. Il peut, à la suite des maladies auriculaires, se développer certains processus méningitiques qui frappent aussi la substance grise ; cela se voit dans les suppurations de l'oreille moyenne.

Ici entre en jeu un facteur important et nouveau : la formation de toxines. Celles-ci se diffusant dans l'espace arachnoïdien, soit par suite des lésions vasculaires qu'elles produisent, entraîneraient une augmentation du liquide céphalo-rachidien et l'intoxiqueraient de la même façon que l'ostéomyélite du fémur est suivie d'un épanchement séreux du genou.

Cette intoxication du liquide céphalo-rachidien est fréquente dans les otites moyennes suppurées, elle peut créer une prédisposition aux affections psychiques et diminuer la résistance du cerveau.

Enfin la nature et la longue durée du traitement post-opératoire qui, dans la simple antrotomie dure six semaines en moyenne et dans l'évidement quelquefois plus de six mois, joue, sans nul doute, un rôle dans l'étiologie de ces psychoses, ne serait-ce que par la suggestion constante des pansements douloureux où se trouve les malades. Il faudrait aussi ajouter que l'état d'épuisement de l'organisme par les otites moyennes suppurées chroniques ou aiguës, par les douleurs que la mastoïde occasionne, privant de sommeil les malades et les déprimant, ont une action défavorable sur leur système nerveux.

On peut donc, à bon droit, conclure avec Grossmann, que les troubles psychiques après les opéra-

tions sur la mastoïde ne sont pas si rares qu'on peut le croire ; ils sont aussi fréquents que les psychoses après les autres interventions, et de même que pour les opérations gynécologiques et celles de la cataracte, on peut, pour la trépanation mastoïdienne, trouver des facteurs prédisposants particulièrement actifs : l'ébranlement par le ciseau, le martellement du crâne, la prédisposition, l'auto-intoxication, l'épuisement de tout l'organisme par la suppuration et la douleur, et le long traitement consécutif à ces opérations.

Le facteur le plus actif est sans contredit l'opération elle-même, c'est-à-dire l'ébranlement par le ciseau, car sur les quatre premières psychoses signalées dans cet article, trois présentent le tableau typique de la folie traumatique secondaire.

« Il faudrait, dit Grossmann, restreindre l'usage « du ciseau et ne faire de ponction lombaire peu « avant l'opération que s'il y a indication très ur- « gente.

« L'apparition d'humeur hypocondriaque mélan- « colique après les opérations sur la mastoïde est un « symptôme alarmant et réclame une surveillance « très stricte, car on est toujours sous le coup du « danger du suicide. »

OBSERVATION IX (Grossmann. *Zeitzchrift für Ohrenheilkùnde. Band XLIX*)

TROUBLES MENTAUX SURVENANT 6 JOURS APRÈS UNE TRÉPANATION. GUÉRISON UN MOIS ET DEMI APRÈS L'OPÉRATION.

Cas V. — Commémoratifs. — Marthe F..., 18 ans, sans antécédents héréditaires pathologiques. Six frères et sœur sont morts jeunes, de maladies infantiles, quatre autres sont en bonne santé. Là malade naquit avec un bec de lièvre, et fut opérée à 5 jours ; elle resta un peu en retard à l'école. Vers le milieu de 1901, l'oreille droite a coulé, la suppuration s'est tari jusqu'à la fin de juin 1902, époque à laquelle l'écoulement a repris, accompagné de violentes douleurs.

1er juillet 1902. — Elle entre à la clinique ; elle se plaint de maux de tête.

2 juillet. — La malade délire, la température est à 39°2, elle a eu un frisson dans la nuit. Pas de raideur de la nuque, ni d'inégalité pupillaire.

La mastoïde droite est très sensible à la pression. Le fond du conduit est rempli de masses cholestéatomateuses très fétides.

On fait une ponction lombaire, il s'écoule 20cc de liquide limpide.

Trépanation 2 juillet 1902. — Anesthésie à l'éther. Le sinus est pocident au niveau de son coude supérieur, il s'écoule un pus fétide avec pulsations. L'antre est élargi, rempli de cholestéatome. On met la dure-mère à nu ; elle a une teinte grisâtre, il n'y a pas de granulations. On extrait deux sequestres situés dans les masses cholestéatomateuses, touchant le canal semi-circulaire postérieur.

Le sinus ponctionné laisse écouler du sang. On diffère la plastique du conduit. Tamponnement.

Complications psychiques. 8 juillet. — Jusqu'à cette date les suites opératoires ont été normales. Mais maintenant la malade est agitée, elle veut sortir du lit, elle rit et pleure successivement, manifeste des désirs singuliers et à des gestes impudiques.

Les jours suivants les troubles psychiques persistent, la malade est anxieuse, elle essaie de sauter par la fenêtre, veut aller se promener toute nue dans le corridor.

14 juillet. — Reprise de la plastique du conduit, et sous une légère nercose à l'éther, on ponctionne le lobe temporal droit, il ne s'écoule que quelques gouttes de liquide limpide.

18 juillet. — L'état de la malade n'étant pas modifié, on la fait entrer dans l'asile d'aliénés du Dr Edel (Charlottenbourg).

Pendant quinze jours la jeune fille est dans un état d'agitation extrême, elle se démène en tout sens, elle rit et pleure, veut retourner chez elle. Son pansement est très difficile à faire car elle résiste de toutes ses forces.

Elle se calme peu à peu cependant et les piqûres de morphine qu'on lui faisait quotidiennement sont supprimées.

17 août. — La malade est renvoyée chez elle, guérie.

18 août. — Elle revient à la clinique se faire panser. La plaie rétro-auriculaire est presque fermée. Dans la profondeur du méat se trouve encore un tampon du dernier pansement fait à la clinique avant son départ pour l'asile d'aliénés, on le reconnaît à la gaze spéciale qui y est employée. Il est donc demeuré un mois en place. Il dégage une odeur horriblement fétide. Les granulations l'ont traversé, il faut l'enlever violemment, ce qui détermine une hémorragie.

Dans la suite, l'état psychique du sujet est normal. La

malade revient à la clinique en février 1905. Son état est aussi satisfaisant que possible. Son intelligence s'est très médiocrement développée. Il faut tenir compte que la malade a une forte déviation de la cloison à gauche, de sorte qu'il existe une aprosexie nasale qui, on le sait, fait souvent tort à l'intelligence sans toutefois qu'on ait le droit de parler, à ce propos, de débilité mentale.

OBSERVTION X (Grossmann. *Zeitzchrift für Ohrenheilkùnde. Band XLIX*)

APPARITION D'IDÉES DÉPRESSIVES ET DE NATURE HYPOCONDRIAQUES, ASSOCIÉES A DU VERTIGE PASSAGER ET DES IDÉES DE SUICIDE SIX SEMAINES APRÈS UNE PREMIÈRE OPÉRATION ET UNE SEMAINE ET DEMIE APRÈS UNE DEUXIÈME. SUICIDE.

Cas VI. Commémoratifs. — Auguste R..., 46 ans, portefaix, entre à la clinique en mars 1910 pour otite moyenne suppurée droite survenue à la suite d'une grippe ; on fait une paracentèse. Amélioration.

E avril il revient à la clinique, il se plaint de douleurs derrière l'oreille droite; sa mostoïde est très sensible à la pression. Il existe un fort bombement de la paroi postérieure du conduit ; cette paroi est perforée d'une double fistule.

On met le malade en observation, mais la sensibilité de la mastoïde s'accroît et les parties molles sont gonflées ; on décide l'opération.

20 mai 1910. — Trépanation sous chloroforme. Dès les premiers coups de ciseaux on tombe sur une fistule remplie de granulations, elle conduit dans une cavité de di-

mensions moyennes, contenant des granulations et du pus. Elle s'étend jusqu'à la pointe, considérablement en arrière ; en dedans et en haut lui font suite de petites cavités remplies de pus et de granulations. Pansements. Les suites sont normales.

Suites opératoires. 14 juin. — A cette date les parties molles en arrière de la plaie sont infiltrées. Par une petite incision on fait pénétrer un stylet sur de l'os rugueux.

26 juin. — Sans anesthésie locale, à la cocaïne, on découvre une fistule osseuse et on ouvre un abcès extra-dural ayant la grandeur d'une pièce de un mark.

3 juillet. — Le malade se plaint de vertiges qui disparaissent le lendemain.

6 juillet. — Le malade est mélancolique. Pas de fièvre.

24 juillet. — La plaie est totalement cicatrisée. La mastoïde n'est plus douloureuse. Le malade devient de plus en plus mélancolique. Il dit au médecin de garde « qu'il est le plus malheureux des hommes parce qu'il a une maladie incurable » ; il est affaibli par de fréquentes pollutions. On le calme en lui annonçant sa guérison.

25 juillet. — On trouve le malade pendu.

OBSERVATION XI (Grossmann, *Zeitzchrift für Ohrenheilkùnde. Band XLIX*)

TROUBLE MENTAL APPARAISSANT 6 SEMAINES APRÈS LA PREMIÈRE OPÉRATION ET 5 SEMAINES APRÈS LA SECONDE, CARACTÉRISÉ PAR DES IDÉES HYPOCONDRIAQUES, ACCOMPAGNÉES DE CÉPHALÉES ET DE MAUX DE TÊTE, FINISSANT PAR DONNER DES IDÉES DE SUICIDE.

Cas 7. Commémoratifs. — Joseph A..., commissionnaire, âgé de 59 ans, a eu des écoulements d'oreilles dans

l'enfance et n'a jamais bien entendu à gauche ; il entra à la clinique le 22 août 1893 parce qu'au cours d'une otite moyenne suppurée chronique gauche, dont la cause lui est inconnue, il est survenu un vertige et des bourdonnements violents. Les vertiges sont très intenses, il est obligé de s'appuyer aux maisons pour ne pas tomber. Il n'a ni nausées, ni vomissements.

Son tympan est épaissi, d'une coloration laiteuse. La membrane de Schrapnell est percée d'une fistule à bords bourgeonnants. On y voit des masses de cholesteatomes. Les tentatives de sondage provoquent un vertige immédiat. La température est à 37°. Le pouls à 73.

16 août. Evidement sous chloroforme. L'os est dur, sclérosé, l'autre plein de granulations pâles, de cholesteatome. Il y a une perte de substance au niveau de la convexité du canal semi-circulaire horizontal. On ne trouve pas de traces d'osselets. On a agrandi la cavité jusqu'au sinus en arrière de la dure-mère en haut. Tamponnement.

Suites opératoires. — Les jours suivants, le malade se plaint de douleurs de tête très vives.

31 août. — Léger nystagmus quand le regard est dirigé vers la droite.

9 septembre. — Les douleurs occipitales augmentent, le malade est privé de sommeil. Dans la région de la perte de substance du canal semi-circulaire, un point purulent siège sur les granulations et la sonde pénètre sur l'os rugueux.

30 septembre. — Trépanation du vestibule et du canal horizontal. Le vestibule est rempli de tissu de granulations.

30 octobre. — Pas de nystagmus, un léger vertige dans la marche persiste. Le rameau buccal du facial est paralysé depuis la nuit précédente. Les douleurs occipitales reparaissent.

5 octobre. — Amélioration, la paralysie faciale a disparu complètement. La suppuration du labyrinthe diminue.

4 novembre. — Le malade se plaint de toutes sortes de maux : gonflement du foie, des reins, manque d'air dans la poitrine et dans le nez. Il accuse constamment des douleurs derrière la tête, des bourdonnements et des vertiges.

1er décembre. — Plus de douleurs, ni du côté de l'oreille, ni du côté de la tête. Par contre, le malade se plaint d'amnésie, de manque d'air.

15 janvier 1894. — Le malade continue à se plaindre de toutes sortes de choses inimaginables.

7 février. — On trouve son cadavre dans la Sprée.

OBSERVATION XII. (Grossmann. *Zeitzchrift für Ohrenheilkùnde. Band XLIX*)

TROUBLES PSYCHIQUES, AVEC VERTIGES, TREMBLEMENT DU CORPS, PULSATIONS ET VIBRATIONS DE LA TÊTE, RAPPELANT LES SYMPTÔMES DE LA PSYCHOSE TRAUMATIQUE.

Cas 8. Commémoratifs. — Jules Z..., 51 ans, nettoyeur de machines, vient une première fois à la clinique le 22 juin 1897, pour une otite moyenne gauche survenue à la suite de l'influenza. Il éprouvait des douleurs violentes dans toute la moitié gauche de la tête et avait des vertiges. Il quitta la clinique, amélioré, le 3 décembre 1897.

Le 7 mai 1898. — Il revient, l'oreille gauche coule depuis trois semaines et depuis huit jours elle est tuméfiée en arrière. Le malade vomit plusieurs fois par jour. La mastoïde gauche est douloureuse à la pression. Un peu de sécrétion sort dans le conduit. Le tympan est gonflé. La température est à 37°. Le pouls à 84.

Trépanation même jour sous anesthésie à l'éther. On trouve de suite une fistule à la paroi postérieure du conduit, il s'en écoule un peu de pus. Cette fistule est à un centimètre environ en arrière de l'épine de Henlé, elle conduit dans une cavité de la grandeur d'un noyau de cerise, remplie de granulations. La paroi postérieure de l'antre est ramollie par la carie. On met à nu une petite étendue de la dure-mère, elle a un aspect sain. Pansement.

Suites opératoires. 10 juin. — Tout s'est passé normalement jusqu'ici, mais ce jour, le malade se plaint de battements dans l'oreille, le tympan est légèrement gonflé, on élargit l'ancienne perforation.

5 juillet. — Le malade a des vomissements. Quand il marche les yeux fermés, il vacille vers la gauche, de même quand il est debout. La température est à 36°,8. Le pouls à 76.

7 juillet. — La titubation dans la marche et le stationnement s'accroît. A midi, le malade quitte brusquement son lit, devient loquace, prononce des paroles sans suite, ne se souvenant plus après de ce qu'il a dit et fait. Il se plaint, en outre, d'une grande lassitude, et de faiblesse dans les jambes, de douleurs pulsatiles dans toute la moitié gauche de la tête.

11 juillet. — Comme les troubles persistent, on met à nu la dure-mère cérébelleuse au niveau du tiers inférieur de la mastoïde entre celle-ci et la protubérance occipitale externe. Trois ponctions à la seringue de Pravaz sont faites en sens divers. Il ne sort que du liquide céphalo-rachidien et encore en faible quantité.

12 juillet. — Hémorragie post-opératoire, les nausées et les pulsations dans la tête persistent.

13 juillet. — On note un peu de raideur de la nuque, les pupilles sont dilatées, elles ont une réaction nettement paresseuse.

18 juillet. — Les pupilles réagissent mieux, la raideur de la nuque a disparu. L'état du malade est meilleur. La titubation dans la marche est moindre.

26 juillet. — Le malade se réveille avec de nouvelles douleurs pulsatiles dans le pariétal gauche ; à midi il saute brusquement hors de son lit, et veut se jeter dans la Sprée. Il est très excité, on a de la peine à le calmer.

5 août. — Le malade se plaint toujours de douleurs intolérables de la tête et de vertige. Il prétend avoir un point au dessus de la plaie d'où partiraient les douleurs...

A Noël 1896, il aurait été blessé en cet endroit pendant une risque dans le service des chemins de fer. Il serait aussi tombé sur cette région. On ne trouve aucune trace de ces dires, mais il est incontestable que, marchant les yeux fermés, il simule la titubation et le vertige.

15 août. — Suivant son désir, on le conduit à la clinique d'Oppenheim où on l'examine. Voici les renseignements que l'on a recueillis sur le malade : « Il se plaint « d'angoisse, d'insomnie, de pulsations dans le crâne. Il « n'a ni céphalées, ni vomissements, ni sensations verti- « gineuses marquées. La percussion du crâne est indo- « lore. Les mouvements de l'œil et la réaction pupillaire « sont normaux. Les piqûres, les attouchements au pin- « ceau sont bien moins nettement sentis sur toute la moi- « tié gauche du corps que sur la droite. L'hypoesthésie « est à son maximum dans la région de la deuxième « branche du trijumeau. L'odorat est égal des deux côtés. « Le sens du goût un peu diminué à gauche. Les indica- « tions fournies lors de l'examen de la sensibilité sont « hésitantes et faciles à influencer par suggestion. Quand « le malade est debout les yeux fermés le corps tremble, « mais il n'y a pas de phénomène de vertige. Le pouls est « à 136, il est petit.

Les symptômes décrits ne justifient pas le diagnostic

d'affection cérébrale organique, mais plutôt celui de maladie fonctionnelle du système nerveux.

19 août. — Lors du pansement, on découvre une région arrondie, ulcérée au-dessus de la plaie. Elle provient probablement d'une brûlure (volontaire ?) de la peau par des compresses trop chaudes ; quelques jours avant, on avait ordonné des cataplasmes chauds.

25 août. — Le malade se plaignant bient moins, la plaie de la tête étant guérie, on l'engage à sortir. Il refuse, prétendant qu'il est toujours malade.

3 septembre. — Le malade a disparu, depuis quelques jours il était très abattu et mélancolique, mangeant peu, parlant à peine, et était toujours seul.

7 septembre. — On retire son cadavre de la Sprée.

OBSERVATION XIII. (GROSSMANN, *Zeitzfchrift für Ohrenheilkùnde. Band XLIX*)

TROUBLE MENTAL APRÈS ABCÈS DU LOBE TEMPORAL GAUCHE, HALLUCINATIONS AUDITIVES, IDÉES DE NATURE HYPOCONDRIAQUES, CONFUSION MENTALE ; MORT PAR TUBERCULOSE.

Cas 10. Commémoratifs. — Gustave K..., 21 ans, domestique, entre à la clinique, le 3 juin 1897. Il est atteint d'otite moyenne suppurée gauche depuis l'enfance. En décembre 1895, étant pris de fièvre très élevée, il avait perdu conscience et se roulait sur son lit. La fièvre diminua en quelques jours, mais l'intelligence ne revint qu'avec lenteur et l'agitation persista longtemps. La répression de ces phénomènes se fit au milieu de l'augmentation de l'écoulement fétide de l'oreille gauche.

En avril 1897 apparut brusquement, de la cécité des deux yeux.

A la date de son entrée à la clinique, sauf sa cécité et de légères douleurs céphaliques intermittentes, il n'avait pas de troubles subjectifs. Le pouls était à 100 et la température vespérale à 37°.

La mémoire est faible, ses réponses aux questions posées sont lentes.

7 juillet 1897. — Evidement sous éther. L'os est sclérosé, après avoir enlevé une couche de 3 à 4 $^{m}/^{m}$ d'épaisseur, on met à nu une vaste cavité remplie d'un pus très fétide et de masse cholestéatomateuse. L'antre et l'aditus en sont remplis. Pansement.

Suites opératoires. 8 juillet. — Conscience absolument libre. La température vespérale est à 39°8. En changeant le pansement, on voit que le pus coule goutte à goutte d'une fistule du tegmen tympanique dans la région de l'aditus.

Le même jour, opération de l'abcès. — Après incision de la dure-mère il s'écoule environ 200 à 250^{cc} de pus.

L'abcès a une direction longitudinale en avant et en bas ; Tamponnement à la gaze iodoformée. Température vespérale 37°4.

13 juillet. — Le malade qui se sent bien dit avoir vu une main devant ses yeux ainsi que deux personnes qui se tenaient à côté de son lit.

Ultérieurement il y eut des rétentions qui exigèrent l'introduction de la pince. Le polapsus cérébral était modéré, mais il masquait l'accès de la caisse de telle sorte qu'il fallait le repousser lors du tamponnement de celle-ci.

7 novembre. — Le malade fut renvoyé chez lui guéri, avec une ouverture rétro-auriculaire de la grandeur d'une pièce de 20 pfennings.

On le transféra dans un asile d'aveugles, mais il fallut l'en faire sortir, car on remarqua bientôt des signes de

troubles intellectuels, qui évoluèrent de plus en plus rapidement, dès qu'il fut de retour dans son pays. Il avait des idées religieuses exagérées, obéissait à des ordres venus d'en Haut, qui réclamaient son départ, et avait des idées de suicide. Les jours où il était assez calme, alternaient avec des périodes de graves dépressions. Refus de nourriture et grande agitation.

Il fallut le faire interner dans un asile ; suivant un rapport venu de cet asile, il était atteint de paranoïa hallucinatoire. Il entendait presque toujours des voix qui l'influençaient. Enfin son état se transforma en imbécillité, mais il se produisait toujours des illusions sensuelles variables et des idées folles qui étaient surtout de nature hippocondriaque confuse et de mentalité faible. Le malade succomba le 28 janvier 1901 à une tuberculose contractée à l'asile.

L'autopsie que l'on fit 19 heures après le décès, outre des altérations des autres organes, montra que le lobe temporal gauche semblait affaissé et aplati. Il était beaucoup plus petit que le droit et très friable. La pie-mère à son niveau était trouble et épaisse et adhérente sur une assez grande étendue avec la dure-mère et avec la base du crâne. Nerfs optiques et chiasma très minces. Le poids total du cerveau est de 1250 gr., supérieur de 150 grammes au poids moyen du cerveau humain.

L'examen détaillé du cerveau après durcissement dans la liqueur de Müller donna le résultat suivant. Le segment du lobe temporal gauche est très affaissé. La corne postérieure inférieure du III[e] ventricule sont très dilatées.

Dans le segment postérieur du lobe temporal, surtout dans la circonvolution temporale inférieure, se trouve une cavité qui s'étend jusqu'à l'écorce ; la substance cérébrale fait défaut en partie en dehors. L'écorce est conservée dans la partie majeure et surtout dans l'antérieure du lo-

be temporal. Au niveau de la corne inférieure, la cavité se dirige davantage vers la portion médullaire ; vers le milieu du lobe temporal. Au niveau des deuxièmes et troisième circonvolutions temporales la partie médullaire est presque complètement remplacée par la corne inférieure dilatée et par la cavité en question.

La première temporale est à peine atteinte. Par contre, la pie-mère au niveau de cette circonvolution est épaissie et adhérente à la dure-mère et au crâne.

OBSERVATION XIV (Grossmann, *Zeitzchrift für Ohrenheilkùnde. Band XLIX*)

EXCITATION MANIAQUE CHEZ UNE FEMME, CONSÉCUTIVE A UNE OPÉRATION POUR ABCÈS DU LOBE TEMPORAL GAUCHE ET A UN ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ÉVOLUANT EN MÊME TEMPS. GUÉRISON.

Cas 11. Commémoratifs. — C'est une femme âgée de 28 ans, chez qui je suis appelé le *10 juillet 1901.* Depuis trois semaines, elle souffre d'un otite moyenne suppurée gauche. Depuis 15 jours les maux de tête son fréquents ; il existe des polypes dans le fond de caisse ; la malade est en outre affligée d'une inflammation furonculeuse du conduit qui empêche l'extration de ces polypes. Je trouve une femme se lamentant à haute voix, elle délire et demande à grands cris du secours. La température est à 40°2. Les maux de tête sont insupportables.

La mastoïdite est très sensible à la pression, la traction sur le pavillon provoque des douleurs. Le tragus est rouge et enflé. Il y a une légère raideur de la nuque. Aphasie. Si on désigne une clef à la malade, elle répond que « c'est

pour fermer un porte-plume ». Le diagnostic d'abcès temporal gauche est nettement posé.

11 juillet. — Opération sous éther. Dès les premiers coups de gouges, on découvre sur la base de la mastoïde des granulations qui conduisent dans un antre dilaté, rempli de granulations et de cholestéatome. Le canal semi-circulaire externe est intact. Le marteau et l'enclume ne sont cariés que superficiellement quoique couverts de granulations. On enlève sur le toit de l'aditus un petit morceau d'os coloré en vert. La dure-mère apparaît épaisse et sans pulsations.

On l'incise ; il s'écoule une cuillerée à soupe de pus. On introduit un drain dans la plaie cervicale, et après avoir mis à nu la paroi du sinus à cause de la température élevée, et n'ayant rien trouvé, on termine l'opération. Pansement.

Suites opératoires, 12 juillet. — La nuit a été calme, la température matutinale est à 40 °. Le pouls à 130. Le soir la température reste à 40°. Mais les douleurs de la plaie augmentent. On défait le pansement, et on voit que la rougeur et le gonflement du tragus signalés plus haut étaient le début d'un érysipèle. Depuis la veille les symptômes ont envahi la joue en avant et s'y terminent par un bord net et surélevé. Cela explique cette haute température.

13 juillet. — Température, le matin, 39°6. Le soir 40°4.

14 juillet. — Température le matin 40°. La malade est gaie et bavarde ; mais elle semble avoir perdu tout sentiment de convenance, elle se comporte avec le plus grand sans-gêne, elle s'est levée, paraît-il, dans la nuit, a ennuyé sa garde de la manière la plus inconvenante et ne voulait plus se recoucher. Quand on lui fait des reproches, elle rit et fixe ses interlocuteurs sans avoir l'air de comprendre. L'érysipèle a franchi la ligne médiane. Du drain, s'écoule un peu de liquide aqueux mêlé de sang et

un peu de substance cérébrale ramollie. Le bord fait un peu de prolapsus. La raideur de la nuque a disparu. La température est à 40°,8, le soir.

15 juillet. — Température le matin à 40°. L'excitation érotique persiste. La malade s'est masturbée fréquemment pendant la nuit et devant le personnel. Elle se plaint de douleurs de la plaie, et devient très excitable.

Les jours suivants, l'état demeure le même.

18 juillet. — La fièvre a disparu, la malade ne se souvient plus de ce qui s'est passé. L'intelligence et la mémoire sont moins bonnes. L'aphasie persiste encore à un degré assez fort. Il coule encore un peu de sécrétion purulente.

Il y eut dans la suite plusieurs fois de la rétention de pus et la forme de la cavité se modifia.

19 août. — On supprima le drain après avoir enlevé le prolapsus. Ce n'est qu'en janvier 1902 que l'on put regarder la guérison comme étant complète.

Troubles nerveux consécutifs aux évidements

Les troubles nerveux, on le sait, sont très fréquents après les actes opératoires, ils ont été décrits par un grand nombre d'auteurs. Nous en rapportons ici deux cas observés par Georges Laurens. Nous voulons montrer, par ces deux exemples, qu'il peut exister des relations entre le champ otologique et ces névroses, caractérisées par des ver-

tiges et des douleurs se produisant dans la sphère auriculaire.

Nous les avons placés à la suite des troubles psychiques signalés par Grossmann, pensant que l'étude de ces derniers faciliterait la compréhension de leur pathogénie.

Il s'agit, dans la première observation, d'un jeune homme de quinze ans, qui jusque-là gai, travailleur et très studieux, tomba après un évidement dans une « sorte d'état neurasthénique », avec asthénie, torpeur intellectuelle, manque d'appétit.

Il ne pouvait, sans éprouver des céphalées violentes, porter son attention sur un sujet d'étude quelconque ; il cherchait la solitude et éprouvait quelquefois des sensations vertigineuses.

Les accidents nerveux signalés dans le second cas sont d'origine hystérique, développés 6 ans après un évidement, chez une jeune fille, dont, il est vrai, le passé présentait déjà quelques troubles. Elle avait eu dans l'enfance, des convulsion puis, plus tard, « de petites crises de nerfs ».

Opérée d'évidement en 1906 ; elle revint consulter, en 1912, souffrant d'une céphalée tenace depuis les vacances. Cette céphalée siégeait du côté de l'oreille opérée, dans la région tempéro-pariétale gauche. L'examen otoscopique ne permit de trouver de trace de suppuration de l'oreille, ni de récidive quelconque de cholestéatome. Cependant l'état général fléchissait, le moral de la jeune fille est troublé, elle était persuadée qu'une compli-

cation du côté de l'oreille opérée il y a 6 ans, se prépare. On pensa, à bon droit, à la présence d'un abcès cérébral.

Cet état alarmant ne prit fin que le jour où, au cours d'un examen, on constata une anesthésie complète du pharynx. Ce qui amena la découverte d'un rétrécissement du champ visuel et d'une hémianesthésie, et alors sous l'influence de la suggestion médicale et d'un traitement approprié, on put voir la disparition de ces symptômes.

On sait avec quelle fréquence on observe l'hystéri à l'époque de la puberté. Cette jeune fille, ayant déjà eu des crises nerveuses, des convulsions dans l'enfance, est une prédisposée et nous pouvons, toutefois, admettre, que, si l'opération ne fut pas la cause directe de ces troubles hystériques, ce fut elle, considérée comme traumatisme crânien, qui mit « la pierre en train de rouler » et favorisa l'apparition des troubles hystériques. Du reste l'hystérie après traumatisme est, on le sait, très fréquemment observée.

Quant à l'état neurasthénique du jeune homme, qui rappelle le cas 8 de Grossmann, il est facile de l'expliquer par le fait même de l'opération, soit par suite de l'appréhension qu'elle entraîne dans l'esprit du malade, cause fréquente de neurasthénie, soit aussi par le traumatisme du crâne. Nous avons déjà cité, à propos du martellement du crâne, les expériences de Koch et de Filehne, qui observèrent sur des chiens, à la suite de trépanation, un abattement

général. Nous pouvons en conclure qu'il se passe les mêmes phénomènes dans des trépanations, faites d'une façon identique, mais alors sur la personne humaine.

Ces deux malades guérirent comme c'est la règle dans des cas semblables, par un traitement approprié. Mais il ne faut pas oublier que devant les symptômes de douleurs violentes accusées par la seconde malade, devant le ralentissement du pouls, l'amaigrissement du sujet, on se crut en présence d'un abcès cérébral ; ce qui eut pu occasionner une grave erreur dans la thérapeutique de la maladie.

OBSERVATION XV. *Inédite.* (Georges Laurens)

NEURASTHÉNIE POST-OPÉRATOIRE, CONSÉCUTIVE A UNE CURE RADICALE D'OTORRHÉE

Commémoratifs. — Jeune homme de 15 ans, atteint d'otorrhée chronique datant de l'enfance, soignée sans résultat par plusieurs spécialistes pendant 4 ou 5 ans. Tous les traitements conservateurs ont été employés, la suppuration a toujours persisté.

A l'examen, on constate une légère douleur mastoïdienne au niveau de l'antre, un début de paralysie faciale et une douleur hémicrânienne datant d'un mois environ.

Le malade accuse des névralgies dans le segment latéral droit de la tête et au niveau du vertex.

L'examen otoscopique montre une perforation large du tympan et la douleur de l'antre indique une intervention sans retard.

Opération. — Trépanation de la mastoïde au niveau de la paroi postérieure du conduit. Evidement de la cavité antrale dont les parois sont atteints d'ostéite. Un peu de cholestèatome en haut de l'antre. La dure-mère est normale. Le sinus n'est pas découvert. Les osselets sont enlevés. Incision de la paroi postérieure du conduit et suture de la plaie retro-auriculaire.

Suites opératoires. — Le malade a présenté, pendant les dix jours qui ont suivi l'intervention, du vertige d'origine nettement auriculaire. En l'absence de fièvre, de céphalée et de tout symptôme intra crânien, il n'est opposé aucun traitement chirurgical à cet « *état labyrinthique.* » Avec un repos au lit d'une dizaine de jours, l'absence de mouvement et les pansements fréquemment répétés, les nausées, les vertiges s'atténuent pour disparaître complètement quinze jours après l'opération.

Les suites post-opératoires ne présentent rien de particulier sauf un état nerveux un peu spécial dû au changement d'existence — le malade ayant toujours habité la province et se trouvant un peu « dépaysé » à Paris — dû également à la douleur du premier pansement, à la phobie des soins douloureux, à la crainte de voir réapparaître les vertiges.

Au bout d'un mois, la cicatrisation était suffisante pour permettre au jeune homme de reprendre ses études, mais malgré une dose de travail des plus minimes, l'absence de surmenage, quelques distractions, beaucoup de ménagements, tout travail appliqué devient pénible et détermine une fatigue cérébrale, de la céphalée. Au début, on incrimine la longue période de repos, l'intervention, voire même un certain degré de paresse, quoique l'enfant, intelligent, ait été jusque-là particulièrement stu-

dieux. Mais on ne tarde pas à reconnaître, au bout de quelques semaines, qu'il n'y a ni exagération ni simulation, et l'on prend le parti de laisser l'enfant tranquille.

Deux mois après l'opération, la guérison de la plaie était achevée et l'épidermisation totalement faite. Deux mois de convalescence sont accordés à l'enfant qui est envoyé à la campagne.

A son retour, la « vie de collège » est impossible. Le malade est incapable de faire un travail continu, d'apprendre une leçon, de suivre un cours. Il est apathique, indolent, a peu d'appétit, dort bien cependant, mais il est rêveur, lent dans ses mouvements. Parfois, il accuse de la céphalée, surtout quand il a concentré son attention soit sur une lecture, même agréable, soit sur un devoir. La conversation même lui est pénible, il recherche la solitude, fuit le mouvement. En même temps, il éprouve parfois des sensations vertigineuses. L'oreille examinée est normale, l'épiderme est sec, il n'y a aucune fistule au niveau du labyrinthe. Cet état cérébral est nettement attribué par les parents à la maladie, aux douleurs qui ont précédé l'opération, à l'acte opératoire et à la phobie des douleurs, des pansemets après la cure radicale ; or, le premier seul a été douloureux. Il s'agit d'un véritable état de neurasthénie qui contraste avec le caractère habituel du jeune homme gai, enjoué, content, travailleur et très studieux.

Après quelques semaines d'expérience, l'enfant est retiré de pension et envoyé à la campagne avec un précepteur. Tout travail intellectuel est abandonné et le jeune malade mène une vie purement végétative.

Rapidement il reprend des forces, s'intéresse aux choses de la campagne. Sept à huit mois environ après la guérison de son opération, on recommence des essais de travail, mais ils restent infructueux ; chaque tentative est suivie de céphalée, de douleurs d'oreille,

de mal de tête correspondant à la région opérée, de vertiges. Il n'y a ni paresse ni simulation au dire de l'entourage. Un neuropathologiste consulté, diagnostique un état neurasthénique typique post-opératoire.

C'est seulement un an après l'opération que l'enfant, envoyé à l'étranger, commence à prendre goût à l'étude d'une langue étrangère, au travail, son esprit s'éveille et s'ouvre à l'étude et aux choses sérieuses. Son cerveau ne se fatigue plus et il devient capable peu à peu de reprendre ses études. Par la suite, il a pu passer ses examens, légèrement en retard sur les camarades de son âge. Il n'a persisté aucun trouble fonctionnel ni intellectuel.

OBSERVATION XVI, *Inédite* (Georges Laurens)

ACCIDENTS HYSTÉRIQUES SIMULANT UNE COMPLICATION INTRACRANIENNE : ABCÈS DU CERVEAU, APPARUS SIX ANS APRÈS UNE CURE RADICALE POUR CHOLESTEATOME.

Antécédents personnels. — Sujet nerveux, ayant eu les convulsions dans l'enfance et, plus tard, de « petites crises de nerfs ».

Commémoratifs. — Mlle C..., atteinte d'otorrhée chorique gauche datant de l'enfance, traitée par divers auristes, non douloureuse, fétide, parfois sanguinolente. Traitée personnellement pendant près de 4 ans. A l'examen atoscopique, on constate une perforation dans le quart antéro-supérieur du tympan à travers laquelle ont fait hernie à fréquentes reprises des polypes. La perforation présente la dimension d'une tête d'épingle. La membrane est convexe et bombe vers le conduit. Le valsalva fait refluer du pus à travers la perforation.

Tous les traitements ayant été faits sans succès, on décide l'ablation des osselets.

Pendant les deux mois qui ont suivi l'ablation des osselets, la caisse du tympan s'est complètement séchée sous l'influence de bains répétés d'eau oxygénée et d'alcool ; il ne persistait plus qu'une légère goutte de pus au niveau de l'attique, celui-ci est toujours très fétide. Pas la niveau de l'attique. Pas la moindre trace de cholestéatome, le fond de la caisse est complètement cicatrisé.

Mais depuis 15 jours légère déviation de la comissure labiale droite qui n'a pas de tendance à augmenter ; elle est venue à la suite d'un bain d'alcool dans l'oreille qui a déterminé de violentes douleurs dans tous les territoires du facial gauche, dans le bord de la langue correspondant et dans l'oreille.

En présence de cette légère déviation de la comissure (plutôt due à un tic qu'à une paralysie du facial, et de la persistance bien que minime de la suppuration), l'évidement est décidé.

Opération. — Le 24 mars 1906, évidement pétro-mastoïdien par le procédé de Wolff. Toute la paroi postéro-supérieure du conduit est formée d'os compact, éburné — à moins d'un centimètre et demi de profondeur on tombe dans l'antre qui contient du pus et des grumeaux de pus — ouverture de l'aditus qui est rempli de cholesteatome et dont toutes les parois ont été considérablement élargies par le processus cholesteatomateux.

L'opération semble devoir être facile et être complètement terminée, mais avec le crochet coudé, on agrandit la paroi de l'antre en arrière, et on constate que la cavité antrale se prolonge vers le bas de l'apophyse, qu'elle contient du cholesteatome. Chemin faisant, en donnant des coups de gouge, on ouvre des cellules de l'apophyse indépendante de l'antre et toutes remplies de cholesteatome. On est ainsi amené à resséquer toute l'apophyse mastoï-

de, qui était une apophyse dyploëtique dont toutes les cellules bien isolées et bien indépendantes étaient bourrées de masses cholesteatomateuses.

Toute la pointe était, de la sorte envahie, ainsi que la paroi postérieure de la mastoïde recouvrant le sinus latéral.

Celui-ci est dénudé sur une surface lenticulaire, en haut, au niveau du toit de l'antre, la dure-mère est mise à nu sur une dimension d'environ une pièce de 0,30 centimes.

Résection de la paroi postérieure du conduit. Autoplastie. Tamponnement — pas de suture. Pansement de l'orifice postérieur en raison de la grande dimension de la cavité évidée et de la mise à nu de la dure-mère et du sinus latéral.

Suites opératoires. — Absolument normale, le 3e jour seulement, apparitions de quelques douleurs, pas le moindre vertige.

Complications éloignées. — En octobre 1912, la jeune fille présente une céphalée tenace, qui date des vacances. Après un séjour au bord de la mer, en Bretagne, où elle n'a cependant présenté aucun trouble de la santé, est apparue une céphalée temporo-pariétale gauche, du côté de l'oreille opérée, à prédominance temporale, immédiatement au-dessus de la cavité mastoïdienne. Il existe également un point sur le vertex. En même temps la jeune fille accuse de l'otalgie du côté correspondant.

Je ne trouve aucune suppuration de l'oreille, la cicatrisation est sèche, il n'y a ni croûtes, ni suintement, ni récidive quelconque de cholesteatome. Absence de vertige et de bourdonnements. La surdité n'est pas plus intense qu'après l'opération. Pas de température, mais l'état général semble fléchir, inappétence, amaigrissement.

L'oreille me paraît indemne, je ne constate aucune raison de cette otalgie profonde accusée par la malade, ni

de la céphalée sémilatérale qu'elle présente. Je demande un examen immédiat complet.

Ce dernier est négatif. On prescrit de l'hydrothéraphie, du bromure.

Le 15 octobre, la céphalée a considérablement augmenté, s'accompagnant d'insomnie, les nuits sont agitées. En outre le moral est pronfondément troublé, la jeune fille est persuadée qu'une complication auriculaire se prépare dont le point de départ est l'opération faite six ans auparavant. L'amaigrissement augmente et s'accompagne de constipation. La malade présente souvent une torpeur bizarre, ne prend goût à aucun des arts d'agrément qu'elle préférait, ne recherche aucune distraction ; elle a parfois un aspect d'hébétitude tout particulier. La douleur d'oreille est toujours vive, mais sans localisation précise. « C'est le fond de l'oreille qui est sensible ! »...

L'examen de la cavité mastoïdienne est toujours négatif. La paroi labyrinthique est normale, l'orifice tubaire sec. Pas de récidive cholesteatomateuse ; l'examen de la paroi crânienne est négatif, la pression est très douloureuse au niveau de l'écaille temporale. Apyrexie complète, mais le pouls est particulièrement lent, il y a 52 pulsations à la minute.

La malade est soumise à une observation rigoureuse. Plusieurs médecins consultés pensent à une complication endo-crânienne d'origine auriculaire.

Le 20 octobre, les troubles augmentent, amaigrissement de 4 kilos. Pas de toux. Examen thoracique et abdominal normal. Il semble, en présence de l'amaigrissement et du ralentissement du pouls, de la localisation de la céphalée, que l'on puisse songer à l'éventualité d'un abcès cérébral.

Le 24 octobre. — La céphalée est devenue atroce, tout travail physique et intellectuel est impossible, aucun calmant n'atténue l'acuité de la douleur d'oreille et de tête.

La malade est dans un état de torpeur inquiétant, elle est hébétée et toujours persuadée qu'elle est sous le coup de complications graves.

Au cours de l'examen que je pratique, je remarque une anesthésie complète de la paroi laryngée, un rétrécissement du champ visuel, une hémianesthésie. Je pense aussitôt à la possibilité d'accidents hystériques ; cette hypothèse est confirmée par le Dr F. Babinski.

Pendant une quinzaine de jours encore, les troubles cérébraux et génitaux persistent ; peu à peu sous l'influence de la suggestion médicale et de celle de l'entourage, du traitement approprié, la régression des symptômes se fait. A aucun moment, du reste, l'oreille n'avait paru en cause. En décembre, la malade était complètement rétablie.

Conclusions

Parmi les complications éloignées survenant après les opérations sur la mastoïde, nous avons retenu : Des troubles trophiques de la cicatrice, phlyctènes, tumeurs angiomateuses.

Des cholesteatomes secondaires et de l'otomycose, des infections dues à des récidives tubaires, des modifications du côté de l'os ; c'est-à-dire des productions d'ostéophytes et d'aspérités osseuses.

Enfin des troubles nerveux et psychiques :

1° Les phlyctènes, complications sans importance, peuvent occasionner de graves erreurs de diagnostic par ce fait qu'on peut les prendre pour une expansion sinusienne ; elles disparaissent par une simple ouverture.

2° Les angiomes de nature généralement bénigne relèvent du traitement électrolytique.

3° Le cholesteatome qui est une menace grave pour les méninges et le labyrinthe, peut apparaître dans une cavité d'évidement après plusieurs mois et même plusieurs années d'épidermisation normale et même dans le cas où il n'y avait aucune trace de tumeur cholesteatomateuse avant l'évidement.

Le traitement conseillé consiste dans l'ablation de la masse osseuse, dans le curettage de sa base et les pansements à l'alcool.

4° Certaines mycoses, notamment l'aspergillose, peuvent se greffer dans une cavité d'évidement ; elles réclament le traitement approprié.

5° Les récidives de suppuration, d'origine tubaire survenant de longues années après la guérison définitive, sont dues aux infections naso-pharyngiennes, propagées par la trompe d'Eustache.

Elles demandent à la fois un traitement des affections pharyngiennes et l'assèchement de la caisse.

6° Les productions osseuses, aspérités et ostéophytes, transformant la topographie d'une cavité d'évidement, entretiennent une suppuration dans cette cavité. Pour se faire jour on peut être amené à ouvrir de nouveau la cicatrice mastoïdienne ; toutefois, à l'aide de pansements on peut arriver à tarir la suppuration.

7° Les opérations sur la mastoïde ne donnent pas que des complications locales, elles occasionnent aussi des troubles nerveux et des psychoses. Elles peuvent être suivies, comme toute autre opération chirurgicale, d'état neurasthénique et de phénomènes hystériques qui sont du ressort du neurologiste.

Les troubles psychiques sont les plus graves de tous ceux que nous avons signalés, ils peuvent amener l'aliénation mentale et entraîner le malade au suicide.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

LANDOUZY. POZZI.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.